



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISA EM SAÚDE MENTAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**NÃO ADESÃO AO PARADIGMA PSICOSSOCIAL DA SAÚDE MENTAL:
PAPEL DOS ESTEREÓTIPOS, CRENÇAS, PERCEPÇÃO DE AMEAÇA E
PRECONCEITO**

PATRÍCIA FONSECA DE SOUSA

João Pessoa – PB

Abril/2020



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISA EM SAÚDE MENTAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**NÃO ADESÃO AO PARADIGMA PSICOSSOCIAL DA SAÚDE MENTAL:
PAPEL DOS ESTEREÓTIPOS, CRENÇAS, PERCEPÇÃO DE AMEAÇA E
PRECONCEITO**

PATRÍCIA FONSECA DE SOUSA

Doutoranda

Profa. Dra. SILVANA CARNEIRO MACIEL

Orientadora

João Pessoa – PB

Abril/2020

PATRÍCIA FONSECA DE SOUSA

**NÃO ADESÃO AO PARADIGMA PSICOSSOCIAL DA SAÚDE MENTAL:
PAPEL DOS ESTEREÓTIPOS, CRENÇAS, PERCEPÇÃO DE AMEAÇA E
PRECONCEITO**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba por Patrícia Fonseca de Sousa como requisito para a obtenção do título de Doutora em Psicologia Social.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel

João Pessoa – PB

Abril/2020

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S725n Sousa, Patrícia Fonseca de.

NÃO ADESAO AO PARADIGMA PSICOSSOCIAL DA SAÚDE MENTAL:
PAPEL DOS ESTEREÓTIPOS, CRENÇAS, PERCEPÇÃO DE AMEAÇA E
PRECONCEITO / Patrícia Fonseca de Sousa. - João Pessoa,
2020.

182 f. : il.

Orientação: Silvana Carneiro Maciel.

Tese (Doutorado) - UFPB/CCHLA.

1. paradigma psicossocial. 2. crenças. 3. estereótipos.
4. preconceito. 5. percepção de ameaça. I. Maciel,
Silvana Carneiro. II. Título.

UFPB/CCHLA

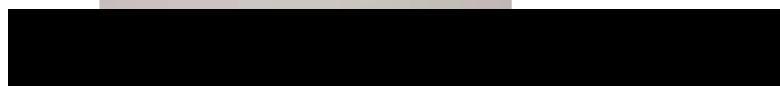
**NÃO ADESÃO AO PARADIGMA PSICOSSOCIAL DA SAÚDE MENTAL:
PAPEL DOS ESTEREÓTIPOS, CRENÇAS, PERCEPÇÃO DE AMEAÇA E
PRECONCEITO**

PATRÍCIA FONSECA DE SOUSA

Banca avaliadora:



Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel – Orientadora e presidente da banca



Prof. Dr. Carlos Eduardo Pimentel – Avaliador interno ao PPGPS



Profa. Dra. Patrícia Nunes da Fonsêca – Avaliadora interna ao PPGPS



Profa. Dra. Tatiana de Lucena Torres – Avaliadora externa ao PPGPS



Profa. Dra. Andréa Xavier de Albuquerque de Souza – Avaliadora externa à UFPB

Aos meus amados pais, Raimundo e Terezinha.

AGRADECIMENTOS

A Deus por não ter me desamparado em nenhum momento e ter permitido que eu concluísse essa importante etapa da minha vida acadêmica e pessoal;

Aos meus pais, Raimundo e Terezinha, meus maiores exemplos, pelo amor incondicional; motivação diária e infinitas palavras de carinho. Todas as minhas conquistas sempre serão dedicadas a vocês;

Às minhas irmãs, Poliana e Priscila, que sempre estão ao meu lado, compartilhando todos os momentos da minha vida, sendo amparo e motivação para seguir nos dias de desânimo e parceria total para comemorar cada vitória. Nem sei o que seria de mim sem vocês, meus amores;

Ao meu noivo, José Carlos, por deixar minha vida leve e feliz com todo o seu amor; sempre me apoiar em todas as minhas escolhas e travar batalhas junto comigo na busca dos meus sonhos;

Às minhas queridas amigas, Katruccy e Giselli, meus presentes da vida acadêmica, com as quais dividi toda essa trajetória, encontrando apoio nos momentos difíceis e muita alegria para comemorar cada conquista;

Às amigas, Camila e Thaís Gomes, pessoas maravilhosas; competentes e extremamente generosas; que encheram os meus dias de carinho e companheirismo. As nossas conversas diárias sempre me trouxeram mais força e disposição para seguir. Eu aprendi muito com vocês;

A todos que fazem parte do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química (GPMSDQ) pela amizade e indispensável contribuição para a realização desse trabalho;

À minha orientadora, a Profa. Silvana, por todo aprendizado compartilhado durante essa década de parceria. A senhora foi uma pessoa fundamental para a minha formação e

dividiu comigo conhecimentos que vão muito além da academia. Obrigada por tudo e conte sempre comigo;

Aos professores, Carlos Eduardo; Andréa; Tatiana e Patrícia, por gentilmente terem aceitado participar como leitores desta Tese, enriquecendo-a com suas valiosas contribuições. Sinto-me horrada em tê-los como membros da minha banca;

A todos os professores que compõem o Programa de Pós-graduação em Psicologia social pela contribuição para a minha formação acadêmica;

À CAPES pelo apoio financeiro.

NÃO ADESÃO AO PARADIGMA PSICOSSOCIAL DA SAÚDE MENTAL: PAPEL DOS ESTEREÓTIPOS, CRENÇAS, PERCEPÇÃO DE AMEAÇA E PRECONCEITO

Resumo: A Reforma Psiquiátrica busca a substituição do paradigma biomédico pelo psicossocial, porém, observam-se dificuldades a efetivação dessa proposta. Esta tese tem como objetivo propor um modelo explicativo de não adesão ao paradigma psicossocial a partir dos estereótipos, das crenças sobre a etiologia da doença mental, da percepção de ameaça e do preconceito. A tese defendida é que a não adesão ao paradigma psicossocial está associada à permanência do preconceito e da percepção de ameaça frente ao doente mental, os quais estão ancorados em crenças acerca da etiologia da doença mental e em estereótipos negativos. Para alcançar o objetivo proposto e confirmar ou refutar a tese defendida foram elaborados quatro estudos em formato de artigo. O *artigo 1* é uma revisão teórica que aborda as contribuições dos estereótipos, das crenças sobre a etiologia da doença mental, da percepção de ameaça e do preconceito na explicação da não adesão ao paradigma psicossocial. Identificou-se que os construtos analisados são importantes na determinação das ações intergrupais e, portanto, podem contribuir para a compreensão da não adesão ao paradigma psicossocial. O *artigo 2* teve como objetivo conhecer as representações sociais de profissionais da saúde mental, universitários da área da saúde e estudantes do ensino médio acerca do louco e do doente mental, relacionando-as aos paradigmas de atenção à saúde mental (biomédico e psicossocial). Participaram 150 pessoas, sendo 50 de cada grupo social. Para a coleta de dados, foi usada a Técnica de Associação Livre de Palavras (estímulos: louco e doente mental). Os dados foram analisados usando-se o *Tri-Deux-Mots*. Os estudantes do ensino médio e os universitários apresentaram representações do louco e do doente mental ancoradas no paradigma biomédico, já os profissionais apresentaram representações ancoradas no paradigma psicossocial. O *artigo 3* teve como propósito desenvolver a Escala de Estereótipos sobre o Doente Mental, reunindo evidências psicométricas, foram realizados dois estudos. No Estudo 1, participaram 210 universitários e análises fatoriais exploratórias indicaram a existência de dois componentes (Estereótipos de Ameaça, $\alpha = 0,81$; Estereótipos de Incapacidade, $\alpha = 0,80$) e 10 itens. No Estudo 2, participaram 206 universitários e uma análise fatorial confirmatória indicou que o modelo bifatorial proposto era adequado: $\chi^2/gf = 2,31$, GFI = 0,93, CFI = 0,94 e RMSEA = 0,08 (IC 90% = 0,057 - 0,103). O *artigo 4* teve como objetivo propor um modelo explicativo de não adesão ao paradigma psicossocial da saúde mental a partir dos estereótipos, das crenças sobre a etiologia da doença mental, da percepção de ameaça e do preconceito. Participaram 400 universitários, que responderam: Escala de Crenças sobre a Doença Mental; Escala de Estereótipos sobre o Doente Mental; Escala de Percepção de Ameaça frente ao Doente Mental; Escala de Preconceito frente ao Doente Mental e Escala de Atitudes em Saúde Mental. Os resultados demonstraram que quanto maior a percepção de ameaça e a concordância com o estereótipo de incapacidade, menor o apoio ao paradigma psicossocial. Ademais, verificou-se que as crenças e os estereótipos estão na base da percepção de ameaça e todas estas variáveis juntas predizem maior preconceito. Os achados apresentam contribuição para a compreensão dos fatores que podem favorecer a efetivação do paradigma psicossocial no cenário da saúde mental e a adesão aos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Paradigma psicossocial, crenças, estereótipos, preconceito, percepção de ameaça.

**NON-ADHESION TO THE PSYCHOSOCIAL MENTAL HEALTH
PARADIGM: ROLE OF STEREOTYPES, BELIEFS, PERCEPTION OF
THREAT AND PREJUDICE**

Abstract: The Psychiatric Reform seeks to replace the biomedical paradigm by the psychosocial one, however, there are difficulties in implementing this proposal. This thesis aims to propose an explanatory model of non-adherence to the psychosocial paradigm based on stereotypes, beliefs about the etiology of mental illness, the perception of threat and prejudice. The thesis defended is that non-adherence to the psychosocial paradigm is associated with the permanence of prejudice and the perception of threat to the mentally ill, who are anchored in beliefs about the etiology of mental illness and in negative stereotypes. In order to achieve the proposed objective and confirm or refute the defended thesis, four studies were prepared in article format. *Article 1* is a theoretical review that addresses the contributions of stereotypes, beliefs about the etiology of mental illness, perception of threat and prejudice in explaining non-adherence to the psychosocial paradigm. It was identified that the constructs analyzed are important in determining intergroup actions and, therefore, can contribute to the understanding of non-adherence to the psychosocial paradigm. *Article 2* aimed to understand the social representations of mental health professionals, health university students and high school students about the crazy and mentally ill, relating them to mental health care paradigms (biomedical and psychosocial). 150 people participated, 50 from each social group. For data collection, the Free Word Association Technique (stimuli: crazy and mentally ill) was used. The data were analyzed using the *Tri-Deux-Mots*. High school students and university students presented representations of the madman and the mentally ill anchored in the biomedical paradigm, while professionals presented representations anchored in the psychosocial paradigm. The purpose of *article 3* was to develop the Scale of Stereotypes about the Mentally Ill, gathering psychometric evidence, two studies were carried out. In Study 1, 210 university students participated and exploratory factor analyzes indicated the existence of two components (Threat Stereotypes, $\alpha = 0.81$; Disability Stereotypes, $\alpha = 0.80$) with 10 items in total. In Study 2, 206 university students participated and a confirmatory factor analysis indicated that the proposed two-factor model was adequate: $\chi^2 / gl = 2.31$, GFI = 0.93, CFI = 0.94 and RMSEA = 0.08 (CI 90% = 0.057 - 0.103). *Article 4* aimed to propose an explanatory model of non-adherence to the psychosocial paradigm of mental health based on stereotypes, beliefs about the etiology of mental illness, perception of threat and prejudice. 400 university students participated, who answered: Scale of Beliefs about Mental Illness; Scale of Stereotypes about the Mentally Ill; Threat Perception Scale for Mentally Ill; Scale of Prejudice against the Mentally Ill and Scale of Attitudes in Mental Health. The results showed that the higher the perception of threat and the agreement with the disability stereotype, the lower the support for the psychosocial paradigm. Furthermore, it was found that beliefs and stereotypes are at the basis of the perception of threat and all these variables together predict greater prejudice. The findings contribute to the understanding of the factors that may favor the effectiveness of the psychosocial paradigm in the mental health scenario and adherence to the precepts of Psychiatric Reform.

Keywords: Psychosocial paradigm, beliefs, stereotypes, prejudice, perceived threat.

NO ADHESIÓN AL PARADIGMA DE LA SALUD MENTAL PSICOSOCIAL: PAPEL DE LOS ESTEREOTIPOS, CREENCIAS, PERCEPCIÓN DE LA AMENAZA Y EL PREJUICIO

Resumen: La Reforma Psiquiátrica busca reemplazar el paradigma biomédico por el psicosocial, sin embargo, existen dificultades para implementar esta propuesta. Esta tesis tiene como objetivo proponer un modelo explicativo de no adherencia al paradigma psicosocial basado en estereotipos, creencias sobre la etiología de la enfermedad mental, la percepción de amenaza y prejuicio. La tesis defendida es que la no adherencia al paradigma psicosocial está asociada con la permanencia del prejuicio y la percepción de amenaza para los enfermos mentales, que están anclados en creencias sobre la etiología de las enfermedades mentales y en los estereotipos negativos. Para lograr el objetivo propuesto y confirmar o refutar la tesis defendida, se prepararon cuatro estudios en formato de artículo. *El artículo 1* es una revisión teórica que aborda las contribuciones de los estereotipos, las creencias sobre la etiología de la enfermedad mental, la percepción de amenaza y prejuicio al explicar la no adherencia al paradigma psicosocial. Se identificó que los constructos analizados son importantes para determinar las acciones intergrupales y, por lo tanto, pueden contribuir a la comprensión de la no adherencia al paradigma psicosocial. *El artículo 2* tenía como objetivo comprender las representaciones sociales de profesionales de la salud mental, estudiantes universitarios de salud y estudiantes de secundaria sobre locos y enfermos mentales, relacionándolos con paradigmas de atención de salud mental (biomédicos y psicosociales). Participaron 150 personas, 50 de cada grupo social. Para la recopilación de datos, se utilizó la técnica de asociación de palabras libres (estímulos: locos y enfermos mentales). Los datos se analizaron utilizando los *Tri-Deux-Mots*. Los estudiantes de secundaria y universitarios presentaron representaciones del loco y los enfermos mentales anclados en el paradigma biomédico, mientras que los profesionales presentaron representaciones ancladas en el paradigma psicosocial. El propósito del *artículo 3* era desarrollar la Escala de estereotipos sobre los enfermos mentales, reuniendo evidencia psicométrica, se llevaron a cabo dos estudios. En el Estudio 1, participaron 210 estudiantes universitarios y los análisis factoriales exploratorios indicaron la existencia de dos componentes (estereotipos de amenaza, $\alpha = 0.81$; estereotipos de discapacidad, $\alpha = 0.80$) con 10 ítems en total. En el Estudio 2, 206 estudiantes universitarios participaron y un análisis factorial confirmatorio indicó que el modelo de dos factores propuesto era adecuado: $\chi^2 / gl = 2.31$, GFI = 0.93, CFI = 0.94 y RMSEA = 0.08 (IC 90% = 0.057 - 0.103). *El artículo 4* tenía como objetivo proponer un modelo explicativo de no adherencia al paradigma psicosocial de salud mental basado en estereotipos, creencias sobre la etiología de la enfermedad mental, percepción de amenaza y prejuicio. Participaron 400 estudiantes universitarios, quienes respondieron: Escala de creencias sobre la enfermedad mental; Escala de estereotipos sobre los enfermos mentales; Escala de percepción de amenazas para enfermos mentales; Escala de prejuicio contra los enfermos mentales y Escala de actitudes en salud mental. Los resultados mostraron que cuanto mayor es la percepción de amenaza y el acuerdo con el estereotipo de discapacidad, menor es el apoyo al paradigma psicosocial. Además, se encontró que las creencias y los estereotipos están en la base de la percepción de amenaza y todas estas variables juntas predicen un mayor prejuicio. Los hallazgos contribuyen a la comprensión de los factores que pueden favorecer la efectividad del paradigma psicosocial en el escenario de la salud mental y la adhesión a los preceptos de la reforma psiquiátrica.

Palabras clave: Paradigma psicosocial, creencias, estereotipos, prejuicios, amenaza percibida.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
ARTIGO TEÓRICO	20
NÃO ADESÃO AO PARADIGMA PSICOSSOCIAL: REVISÃO TEÓRICA SOBRE AS CONTRIBUIÇÕES DOS ESTEREÓTIPOS, CRENÇAS, PERCEPÇÃO DE AMEAÇA E PRECONCEITO	21
Resumo	22
Abstract	22
Resumen	23
Introdução	24
História da loucura e da assistência em saúde mental	25
Estereótipos sobre o doente mental.....	34
Crenças sobre a etiologia da doença mental	41
Percepção de ameaça no contexto da saúde mental	44
Preconceito frente ao doente mental	48
Considerações finais	52
Referências	53
ARTIGOS EMPÍRICOS.....	73
PARADIGMA BIOMÉDICO X PSICOSSOCIAL: ONDE SÃO ANCORADAS AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO?	74
Resumo	75
Abstract	75
Resumen	76
Introdução	77
Método	82
Participantes.....	82
Instrumentos.....	82
Procedimentos de coleta de dados	83
Procedimentos de análise dos dados	83
Procedimentos éticos	84
Resultados e Discussão	84
Considerações finais	94

Referências	95
ESCALA DE ESTEREÓTIPOS SOBRE O DOENTE MENTAL: CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIAS PSICOMÉTRICAS PRELIMINARES.....	102
Resumo	103
Abstract	103
Resumen	104
Introdução	105
Estudo 1- Elaboração da EEDM e análise exploratória	110
Método	110
Participantes.....	110
Instrumentos.....	110
Procedimentos.....	111
Análise de dados	112
Procedimentos éticos	113
Resultados	113
Estudo 2-Análise confirmatória da EEDM	115
Método	115
Participantes.....	115
Instrumentos.....	116
Procedimentos.....	116
Análise de dados	116
Procedimentos éticos	117
Resultados	117
Discussão	119
Referências	122
MODELO EXPLICATIVO DE NÃO ADESÃO AO PARADIGMA PSICOSSOCIAL DA SAÚDE MENTAL	129
Método	136
Participantes.....	136
Instrumentos.....	137
Procedimento de coleta de dados e considerações éticas	139
Análise dos dados	139
Resultados	140

Referências	152
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	160
REFERÊNCIAS	164
ANEXOS	167
APÊNDICES	176

APRESENTAÇÃO

A Reforma Psiquiátrica, pautada no paradigma psicossocial, é o modelo de assistência em saúde mental vigente no Brasil. Esse modo de cuidado foi inspirado na Psiquiatria Democrática Italiana e instituído como política pública no Brasil após a publicação da Lei nº 10.216, em 2001, sendo operacionalizado por meio da Portaria nº 3.088, de 2011, em uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) substitutiva aos manicômios (Oliveira & Caldana, 2016). Na perspectiva do paradigma psicossocial, as práticas em saúde mental são ampliadas buscando-se uma compreensão do sofrimento do indivíduo, o qual é percebido considerando-se suas especificidades, como o contexto de vida e necessidades reais (como as psicológicas e subjetivas). Esse paradigma propõe, dentre outras coisas, uma mudança na relação entre a sociedade e a pessoa em sofrimento psíquico¹, busca-se transformar todo o contexto que favorece a segregação e exclusão social dessas pessoas. Em oposição, no paradigma biomédico o cuidado é centrado no controle e supressão de sintomas, fragmentação do sujeito e no distanciamento profissional (Liberato, 2011; Oliveira & Caldana, 2016; Shimoguri & Costa-Rosa, 2017).

Entretanto, apesar das conquistas advindas com o paradigma psicossocial, como transformações teórico-conceituais; técnico-assistenciais; jurídico-políticas e culturais no

¹ A Reforma Psiquiátrica sugere os termos: “portador de transtorno mental” ou “pessoa em sofrimento psíquico” para referirem-se as pessoas que apresentam algum transtorno mental, por considerarem que tal terminologia ressalta a subjetividade do indivíduo e seu papel de protagonista no processo de tratamento (Ribeiro, 2015). Porém, ressalta-se que, nesta tese, além dos termos recomendados pela Reforma, serão usadas também as palavras “louco” e “doente mental”, uma vez que estas ainda são amplamente difundidas na sociedade para referir-se às pessoas que apresentam algum sofrimento psíquico, mostrando-se, portanto, adequadas para alcançar o propósito da presente tese.

campo da saúde mental, percebe-se que esse modelo de atenção ainda não está efetivado no cenário nacional, uma vez que a internação e a medicalização excessiva das pessoas em sofrimento psíquico ainda são estratégias de cuidado muito usadas e aceitas e, sobretudo, essas pessoas ainda são vistas como perigosas e irrecuperáveis, devendo permanecer distantes da sociedade (Gonçalves, Vilela, Terra, & Nogueira, 2016; Shimoguri & Costa-Rosa, 2017), o que endossa o sentimento de ameaça, o preconceito frente a esse grupo social e reduz a concordância da população com políticas que visam a inclusão.

O preconceito frente à pessoa em sofrimento psíquico não é algo atual, ele foi construído ao longo da história e perpetua-se até hoje. Lima (2013) aponta que o preconceito dirigido às diferentes minorias sociais apresenta como características principais a ênfase nas diferenças grupais e na hierarquização dos grupos; sentimentos de antipatia motivados pelo pertencimento grupal; percepção dos membros dos grupos alvo de preconceito enquanto todos iguais; como também resistência em admitir qualquer evidência favorável ao grupo minoritário, o que contribui para a persistência das crenças e das expectativas negativas em relação ao grupo alvo do preconceito. Allport (1962) reitera que essa atitude negativa pode ser entendida enquanto algo que afeta diferentes grupos e que é multicausal. Desse modo, para uma melhor compreensão desse construto deve-se levar em consideração tanto aspectos sociais quanto cognitivos (crenças, estereótipos) (Batista, Leite, Torres, & Camino, 2014).

No âmbito dos aspectos cognitivos do preconceito, Pereira, Torres, Falcão e Pereira (2013) afirmam que as crenças sobre a natureza dos grupos são fundamentais para o entendimento dessa atitude negativa e da discriminação, de modo que a adesão a determinadas crenças causa impacto nas atitudes e comportamentos direcionadas aos grupos sociais. Corroborando tal afirmação, estudo experimental desenvolvido por

Lebowitz, Rosenthal e Ahn (2013), usando vinhetas que atribuíam a causa da doença mental a fatores biológicos e a fatores psicossociais, identificou que os participantes que concordavam com a crença na origem biológica da doença mental apresentavam menor desejo de distância social em relação às pessoas com transtorno mental.

Além das crenças, os estereótipos também são variáveis que merecem ser consideradas na análise do preconceito (Marques, Páez, & Pinto, 2013). Dias, Torres, Menezes e Mello (2018) afirmam que por atuarem na maneira como as pessoas percebem, avaliam e se relacionam com os diferentes grupos, os estereótipos apresentam um importante papel no preconceito. Adicionalmente, tais autores mencionam que os estereótipos são fenômenos presentes no universo das representações sociais, na medida em que estes apresentam uma estreita relação com o que Moscovici (2009) denomina de crenças enraizadas na vida coletiva, ou seja, as correntes de conhecimento e fórmulas do senso comum. No cenário da saúde mental, Corrigan, Powell e Michaels (2014) destacam que apesar das políticas inclusivas aos doentes mentais, ainda são comumente atribuídos a estes os estereótipos de imprevisíveis; violentos e incompetentes, o que tem como consequência o preconceito, a distância social e o apoio a institucionalização.

As crenças e estereótipos além de estarem na base do preconceito, também fundamentam a percepção de ameaça frente ao doente mental (Maciel et al., 2019). No âmbito da doença mental, a percepção de ameaça é entendida a partir da percepção de perigo, concepção de que o doente mental é alguém perigoso e pode causar algum dano físico às pessoas e da imprevisibilidade, a ideia de que os doentes mentais são pessoas imprevisíveis, nas quais não se pode confiar (Melo, 2017). A literatura aponta que há estreita relação entre percepção de ameaça e preconceito, de modo que sentimento de ameaça pode ser entendido como um preditor do preconceito e discriminação, especificamente, quanto maior a ameaça percebida maior o preconceito e a discriminação

(Nata, 2011; Pereira, Vala, & Costa-Lopes, 2010; Ramos, Vala, & Pereira, 2008). Portanto, ao perceber-se a pessoa com transtorno mental como uma ameaça, essa percepção acaba por atuar no processo de exclusão desses indivíduos.

Dessa forma, pode-se afirmar que a relação entre a sociedade e pessoa em sofrimento psíquico é complexa e marcada pela forma como esse grupo social foi visto ao longo da história, essa trajetória deixou como legado um conjunto de crenças e estereótipos negativos, o qual parece estar presente nas atitudes direcionadas à esse grupo e na percepção de que ele representa uma ameaça à sociedade, resultando no desejo de distanciamento e exclusão.

O fato de, na atualidade, ainda observarem-se reações negativas frente às pessoas em sofrimento psíquico e barreiras para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, suscita reflexões sobre o porquê isso ainda acontece e, sobretudo, como modificar esse cenário e favorecer a consolidação do modelo psicossocial. Observa-se, portanto, que há uma lacuna no que diz respeito aos fatores que estariam subjacentes ao apoio a esse paradigma de cuidado.

Diante disso, esta tese se propõe a preencher a lacuna acima anunciada e, para tanto, tem como objetivo propor um modelo explicativo de não adesão ao paradigma psicossocial a partir dos estereótipos, das crenças sobre a etiologia da doença mental, da percepção de ameaça e do preconceito. A tese defendida é que a não adesão ao paradigma psicossocial está associada à permanência do preconceito e da percepção de ameaça frente ao doente mental, os quais estão ancorados em crenças acerca da etiologia da doença mental e em estereótipos negativos.

Foram elaboradas as seguintes hipóteses, *Hipótese 1*: A crença religiosa estará na base do preconceito, *Hipótese 2*: A crença religiosa estará na base da percepção de que o doente mental representa uma ameaça, *Hipótese 3*: Os estereótipos (incapacidade e

ameaça) explicarão o preconceito, *Hipótese 4*: Os estereótipos (incapacidade e ameaça) explicarão a percepção de ameaça, *Hipótese 5*: A percepção de ameaça irá predizer o preconceito, *Hipótese 6*: A percepção de ameaça irá predizer a não adesão ao paradigma psicossocial e *Hipótese 7*: O preconceito irá predizer a não adesão ao paradigma psicossocial. Quanto mais as pessoas avaliarem o doente mental como uma ameaça e quanto maior o preconceito frente a esse grupo, menor será o apoio ao paradigma psicossocial.

Para a consecução do objetivo desta tese, foram elaborados quatro artigos. O artigo 1, intitulado **Não adesão ao paradigma psicossocial: revisão teórica sobre as contribuições dos estereótipos, crenças, percepção de ameaça e preconceito** objetivou realizar uma revisão teórica sobre as contribuições dos estereótipos, das crenças sobre a etiologia da doença mental, da percepção de ameaça e do preconceito na explicação da não adesão ao paradigma psicossocial.

O artigo 2, **Paradigma biomédico x psicossocial: Onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico?** Teve como objetivo conhecer as representações sociais de profissionais da saúde mental, universitários da área da saúde e estudantes do ensino médio acerca do louco e do doente mental, relacionando-as aos paradigmas de atenção à saúde mental.

O artigo 3, **Escala de estereótipos sobre o doente mental: Construção e evidências psicométricas preliminares**, teve como propósito desenvolver a Escala de Estereótipos sobre o Doente Mental (EEDM), reunindo evidências psicométricas. Para tanto, foram realizados dois estudos: no Estudo 1, foram realizadas análises fatoriais exploratórias com o intuito de fornecer evidências psicométricas de validade fatorial e de consistência interna da EEDM. No Estudo 2, procurou-se testar, por meio de análise

fatorial confirmatória, a replicabilidade da estrutura bifatorial da EEDM obtida no estudo anterior e compará-la com uma solução fatorial alternativa.

O artigo 4, **Modelo explicativo de não adesão ao paradigma psicossocial da saúde mental**, objetivou propor um modelo explicativo de não adesão ao paradigma psicossocial da saúde mental a partir dos estereótipos, das crenças sobre a etiologia da doença mental, da percepção de ameaça e do preconceito.

Ao final dos quatro artigos, são apresentadas as considerações finais da tese, referências, anexos e apêndices.

ARTIGO TEÓRICO

ARTIGO 1

NÃO ADESÃO AO PARADIGMA PSICOSSOCIAL: REVISÃO TEÓRICA SOBRE
AS CONTRIBUIÇÕES DOS ESTEREÓTIPOS, CRENÇAS, PERCEPÇÃO DE
AMEAÇA E PRECONCEITO¹

NON- ADHESION TO THE PSYCHOSOCIAL PARADIGM: THEORETICAL
REVIEW ON THE CONTRIBUTIONS OF STEREOTYPES, BELIEFS,
PERCEPTION OF THREAT AND PREJUDICE

NO ADHESIÓN AL PARADIGMA PSICOSOCIAL: REVISIÓN TEÓRICA SOBRE
LAS CONTRIBUCIONES DE LOS ESTEREOTIPOS, CREENCIAS, PERCEPCIÓN
DE AMENAZA Y PREJUICIO

Patrícia Fonseca de Sousa

Silvana Carneiro Maciel

¹ Parte deste artigo foi publicada no livro intitulado Psicologia Social: Aspectos teóricos, metodológicos e práticos, 2019.

Resumo

A Reforma Psiquiátrica propôs uma transição paradigmática pautada no estabelecimento de um modelo de atenção psicossocial em substituição ao modelo biomédico. Essa política ainda está em construção e apresenta entraves para a sua efetivação. O presente artigo objetivou realizar uma revisão teórica sobre as contribuições dos estereótipos, das crenças sobre a etiologia da doença mental, da percepção de ameaça e do preconceito na explicação da não adesão ao paradigma psicossocial. Para tanto, foi realizada uma revisão da literatura nacional e internacional sobre o tema. A revisão indicou que os construtos analisados nesse estudo são variáveis importantes na determinação das ações intergrupais e, portanto, podem contribuir para a compreensão da não adesão ao paradigma psicossocial. Com isso, pretende-se fomentar o debate acerca da Reforma Psiquiátrica e contribuir para a compreensão das dificuldades envolvidas na efetivação e consolidação dessa política.

Palavras-chave: Paradigma psicossocial, estereótipos, crenças, percepção de ameaça, preconceito.

Abstract

The Psychiatric Reform proposed a paradigmatic transition based on the establishment of a psychosocial care model to replace the biomedical model. This policy is still under construction and presents obstacles to its implementation. This article aimed to conduct a theoretical review on the contributions of stereotypes, beliefs about the etiology of mental illness, perception of threat and prejudice in explaining non-adherence to the psychosocial paradigm. To this end, a review of national and international literature on the subject was carried out. The review indicated that the constructs analyzed in this study

are important variables in determining intergroup actions and, therefore, can contribute to the understanding of non-adherence to the psychosocial paradigm. With this, it is intended to foster the debate about the Psychiatric Reform and contribute to the understanding of the difficulties involved in the effectiveness and consolidation of this policy.

Key words: Psychosocial paradigm, stereotypes, beliefs, perception of threat, prejudice.

Resumen

La Reforma Psiquiátrica propuso una transición paradigmática basada en el establecimiento de un modelo de atención psicosocial para reemplazar el modelo biomédico. Esta política aún está en construcción y presenta obstáculos para su implementación. Este artículo tuvo como objetivo realizar una revisión teórica sobre las contribuciones de los estereotipos, las creencias sobre la etiología de la enfermedad mental, la percepción de amenaza y prejuicio al explicar la no adherencia al paradigma psicosocial. Para ello, se realizó una revisión de la literatura nacional e internacional sobre el tema. La revisión indicó que los constructos analizados en este estudio son variables importantes para determinar las acciones intergrupales y, por lo tanto, pueden contribuir a la comprensión de la no adherencia al paradigma psicosocial. Con esto, se pretende fomentar el debate sobre la Reforma Psiquiátrica y contribuir a la comprensión de las dificultades involucradas en la efectividad y consolidación de esta política.

Palabras clave: Paradigma psicosocial, estereotipos, creencias, percepción de amenaza, prejuicio.

Introdução

A assistência psiquiátrica brasileira, desde a sua origem, teve como característica a exclusão. No entanto, discussões sobre os direitos humanos; cronificação dos usuários e fracasso do modelo manicomial trouxeram à tona uma nova forma de pensar sobre os cuidados em saúde mental. Em oposição ao modelo asilar, surgiu a Reforma Psiquiátrica, a qual propôs uma transição paradigmática pautada no estabelecimento de um modelo de atenção psicossocial em substituição ao modelo biomédico. Esse novo modelo de assistência caracteriza-se como uma ruptura com o modelo asilar e visa a desconstrução de saberes e práticas que reduzem e objetivam a experiência do adoecimento mental (Arantes & Toasa, 2017; Borba, Guimarães, Mazza, & Maftum, 2012; Costa-Rosa, 2012; Liberato, 2011).

Apesar dos avanços no âmbito da saúde mental, observam-se resistências à efetivação do modelo psicossocial. Pesquisas apontam (Barbosa, 2010; Maciel, Maciel, Barros, Sá, & Camino, 2008) que a pessoa com transtorno mental ainda é vista de forma negativa pela população, sendo representada como alguém incapaz, desajustada e potencialmente perigosa. Vale ressaltar que essa imagem social foi construída ao longo dos tempos e sedimentada no período manicomial, no qual o cuidado era caracterizado principalmente pela rotulação, pela eliminação dos sintomas por meio da medicalização excessiva e pelo confinamento nos hospitais psiquiátricos (Maciel, Barros, Camino, & Melo, 2011). Dessa forma, essa visão negativa dos portadores de transtornos mentais envolve estereótipos negativos e crenças distorcidas sobre a etiologia da doença mental, os quais embasam o sentimento de ameaça frente a esse grupo social e o preconceito, esses, por sua vez, respaldam o não apoio a propostas inclusivas, como o paradigma psicossocial (Marques, Páez, & Pinto, 2013; Stephan, Ybarra, & Morrison, 2009).

É comum que as pesquisas acerca da efetivação da Reforma Psiquiátrica foquem principalmente em aspectos como: a atuação dos profissionais no contexto dessa política (Cremonini, Pagnucci, Giacometti, & Rubbi, 2018; Dornelas & Almeida, 2017; Nunes, Torres, & Zanotti, 2015), o funcionamento da rede de atenção psicossocial (Brito, Bonfada, & Guimarães, 2015; Oliveira, Cestari, Pereira, Pinho, Gonçalves, & Claro, 2014;) e o preconceito e a exclusão da pessoa em sofrimento psíquico (Ferreira et al., 2015; Li et al., 2017; Oliveira & Azevedo, 2014). Porém, ressalta-se a importância de entender como essas e outras questões podem estar envolvidas na explicação da adesão da população ao paradigma psicossocial de atenção à saúde mental. Adesão ao paradigma psicossocial nesse artigo é entendida como a concordância com as ideias defendidas por esse modelo de cuidado.

Para tanto, o presente artigo objetivou realizar uma revisão teórica sobre as contribuições dos estereótipos, das crenças sobre a etiologia da doença mental, da percepção de ameaça e do preconceito na explicação da não adesão ao paradigma psicossocial. Com isso, o presente estudo visa fomentar o debate acerca da Reforma Psiquiátrica e contribuir para a consolidação dessa política no cenário nacional.

História da loucura e da assistência em saúde mental

A loucura é alvo de discussões na sociedade desde os tempos mais remotos e foi percebida de diferentes formas ao longo das épocas, entender essas representações é fundamental para que se possa refletir acerca das atuais configurações dos saberes e das práticas do campo da saúde mental.

Na Idade Antiga, os diferentes fenômenos eram compreendidos a partir de explicações religiosas, vários acontecimentos eram atribuídos aos deuses e às forças sobrenaturais. Nessa época, os loucos eram vistos como pessoas que revelavam

mensagens dos deuses, sendo percebidos de forma respeitosa e ocupando um lugar social. Nesse período histórico, a loucura não era socialmente excluída (Foucault, 1988).

Na Idade Média, a loucura passou a ser associada ao demonismo, ou seja, os loucos eram pessoas que tiveram suas almas e corpos possuídos pelo demônio. Nesse período, a loucura é representada como algo maligno, marcada pela condenação e culpa. O louco passou a ser considerado perigoso e evitado (Silva & Zanello, 2010). As crenças difundidas durante essa época, serviram como fundamento para a queima na fogueira de muitos loucos. As pessoas acometidas por transtornos mentais, por apresentarem comportamentos desviantes dos padrões vigentes, eram considerados feiticeiros/bruxas que se comunicavam com seres diabólicos e eram condenados à fogueira pelo movimento denominado de Santa Inquisição, que tinha como objetivo proteger a sociedade contra o mal (Szasz, 1978). Conforme Maciel (2007), a religião teve grande influência nas representações negativas e consequente exclusão social do louco, os conceitos ligados ao demonismo difundidos nessa época geraram práticas de encarceramento, tortura e morte dessas pessoas e tais atos eram vistos como tratamento, uma vez que visavam libertar os loucos das possessões demoníacas.

No período Renascentista, a loucura passou a ser vista como uma forma de criticar a realidade social, o louco ganhou espaço no campo das artes, passando a assumir papéis importantes no teatro, nas histórias, sempre como alguém que expressava “verdades”. Havia uma associação entre loucura e genialidade. Nesse período, entendia-se que toda loucura teria a sua razão e toda razão teria sua loucura, uma fundamentando a outra (Souza, 2014).

Por volta do século XVII, o racionalismo moderno promoveu a separação entre sabedoria e loucura. As transformações sociais advindas com este século geraram a valorização da produção social e da razão, havendo espaço na sociedade para quem

atendesse a essas novas demandas. O normal e o patológico passaram a ser ditados pelas necessidades econômicas, sendo a aptidão e a inaptidão para o trabalho um importante critério nessa diferenciação. Conforme a nova ordem social, todos os que não contribuíam para o desenvolvimento econômico eram excluídos ou encarcerados (Oliveira & Fortunado, 2003; Resende, 1994; Souza, 2014). Foi nesse período que aconteceu o que Foucault (2012) denominou de “A Grande Internação”, época em que houve a forte expansão das casas de internação, essas instituições não desempenhavam um papel de assistência à saúde, mas sim o de recolher do espaço social todos os que de alguma forma perturbavam a ordem e que não contribuíam com a sociedade por meio do trabalho e produção (Amâncio & Elia, 2017; Batista, 2014). Esse período marcou a inserção do louco no universo da marginalidade social, uma vez que esses indivíduos foram agrupados nas casas de internação juntamente às categorias socialmente desvalorizadas estabelecendo com essas um vínculo que contribuiu para o processo de exclusão e estigmatização do louco (Oliveira & Fortunato, 2003).

No início do século XIX, a psiquiatria separou a loucura do mundo da marginalidade, atribuindo a esta o status de enfermidade, necessitando ser submetida a cuidados médicos. A partir de então, a loucura passou a ocupar um espaço específico sob a responsabilidade da medicina, sendo agora denominada de doença mental (termo ainda hoje muito adotado no âmbito do senso comum e em muitos textos), objeto fundador da psiquiatria e do saber psiquiátrico. Essa nova ciência visava curar os doentes mentais, transformando-os em pessoas que se comportassem de acordo com as normas sociais da época, prometia-se a curabilidade por meio dos cuidados asilares (Cruz, 2017; Maciel, 2007).

Com a apropriação médica da loucura, surge uma política de tutela, a qual está pautada na institucionalização daqueles que representam perigo para a sociedade. Essa

nova proposta é pautada no isolamento e na classificação nosológica, representando o início da multiplicação de categorias com as quais se classifica os indivíduos considerados doentes mentais, como também o início de novas estratégias terapêuticas, baseadas no enclausuramento (Prado, 2016).

Assim, o saber médico apontou a necessidade de afastamento da loucura do contexto social para o processo de tratamento, tal fato resultou no enclausuramento do louco nos asilos, na sua exclusão social e na caracterização desse grupo como irresponsável, perigoso, imprevisível e improdutivo, tais rótulos disseminaram-se na sociedade e se perpetuam até os dias atuais (Meirelles & Fonsêca, 2015). A partir dessa perspectiva, no século XIX havia uma forte ideia de defesa dos manicômios na Europa, os quais eram considerados a forma de tratamento mais eficaz para o adoecimento mental, embora fosse reconhecida a existência de pontos negativos como a violência e o isolamento social (Pacheco, 2009; Rammingner, 2002).

Ao final da Segunda Guerra Mundial, período de maior sensibilidade social; de maior respeito pelas diferenças e pelas minorias, as péssimas condições de assistência oferecidas aos pacientes psiquiátricos nos manicômios despertaram preocupação da sociedade, observavam-se altos índices de cronificação e de incapacitação social, evidenciando a impotência dessa modalidade terapêutica e essa realidade ocasionou o surgimento de movimentos de contestação do saber e das práticas psiquiátricas no cenário mundial (Barbosa, Martinhago, Hoepfner, Daré, & Caponi, 2016).

Diante disso, surgiram várias iniciativas de reformas psiquiátricas ao redor do mundo, tais movimentos apontavam para um cenário de tentativas de reformulação dos modelos adotados pela psiquiatria. Nesse contexto, destacam-se: a psicoterapia institucional (França) e as comunidades terapêuticas (Inglaterra e Estados Unidos), que investiram em reformas restritas ao âmbito asilar; a psiquiatria de setor (França) e a

psiquiatria preventiva (Estados Unidos), as quais defendiam que tratamento psiquiátrico se estendia ao espaço público e, portanto, era necessário organizá-lo com o objetivo de prevenir e promover a saúde mental; a antipsiquiatria (Inglaterra) e a psiquiatria democrática (Itália), por sua vez, instauraram rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico, as instituições e os dispositivos terapêuticos a ele relacionados. Esses movimentos foram fundamentais no processo de fomento à crítica ao modelo asilar. A Reforma Psiquiátrica brasileira teve como principal influência a psiquiatria democrática, na Itália, de Franco Basaglia e se intensificou em meados dos anos de 1970, quando ocorreu um amplo questionamento do tratamento realizado em hospitais psiquiátricos (Amarante, 2009; Costa, 2016; Lira, 2016).

Em meados dos anos de 1980, transformações importantes foram observadas no contexto da assistência em saúde mental no Brasil. Sobre essas, podem-se destacar: I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, nesses eventos discutiu-se sobre a ineficiência do modelo hospitalocêntrico, a adoção de serviços substitutivos e a diminuição da hospitalização. A criação do primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em São Paulo; a criação do primeiro NAPS (Núcleo de Apoio Psicossocial), em Santos; a apresentação do Projeto de Lei nº 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, propondo a extinção dos manicômios e a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) (Barroso & Silva, 2011; Otsuka, 2017).

Foi no ano de 2001, com a promulgação da Lei nº 10.216 ou Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que a Reforma Psiquiátrica foi efetivada no Brasil. A partir de então, houve uma reorientação do modelo de assistência em saúde mental, enfatizando-se a criação de uma rede de serviços abertos e de base comunitária, os quais juntamente

com diversos setores da sociedade buscam substituir os hospitais psiquiátricos, promover a inclusão social dos portadores de transtornos mentais, o pleno exercício da cidadania e favorecer o desenvolvimento de estratégias terapêuticas específicas à realidade de cada sujeito (Andrade & Maluf, 2017).

Diante dessas mudanças, os termos “louco” e “doente mental” deram lugar a uma nova nomenclatura, que buscava refletir os posicionamentos adotados e as ideias defendidas pelo movimento. Assim, surgiram os termos: “portador de transtorno mental” ou “pessoa em sofrimento psíquico”, essa nova terminologia dá ênfase a experiência na qual o indivíduo vê devolvida a sua subjetividade e tem papel protagonista no tratamento, deixando de lado a ideia de doença. Surgiu ainda um novo objeto: a saúde mental (Ribeiro, 2015).

A Reforma Psiquiátrica propõe amplas transformações no campo da saúde mental e tem como finalidade transformar a relação da sociedade com a pessoa em sofrimento psíquico, para tanto, esse movimento busca promover uma transição paradigmática, que se refere a superação do paradigma biomédico e estabelecimento do paradigma psicossocial. O paradigma biomédico tem o hospital psiquiátrico como o local típico para o tratamento; os meios de trabalho incluem recursos multiprofissionais, mas não ultrapassam a fragmentação de tarefas e a supervalorização do saber médico; há ênfase nas determinações orgânicas dos problemas (doenças) e na terapêutica medicamentosa. Outra peculiaridade desse modelo é a exclusão de familiares e dos usuários de qualquer participação no processo de tratamento, por meio da ideia de que esses não estão aptos para atuar no processo de tratamento, por não terem conhecimento para tal (Costa-Rosa, 2000).

Diferente deste, o paradigma psicossocial caracteriza-se pelo trabalho em equipe interprofissional e pelo uso de diferentes recursos terapêuticos, enfatizando a reinserção

social do indivíduo, investindo no trabalho com a família, com a comunidade e com o próprio sujeito, incentivando o uso de dispositivos extra-hospitalares. Esse paradigma propõe a promoção de uma assistência eficaz e humanizada, redução das internações hospitalares, participação da família, da comunidade e dos usuários como corresponsáveis na reabilitação e na reintegração social. Assim, o paradigma psicossocial caracteriza-se como uma diretriz da Reforma Psiquiátrica assumindo o importante papel de nortear a construção de novas práticas e novos serviços em saúde mental (Costa-Rosa, 2000; Silva, Zanini, Rabelo, & Pegoraro, 2015).

A assistência em saúde mental, sustentada no paradigma psicossocial, busca um conjunto de transformações nas práticas, nos serviços de assistência, nos saberes, nos valores culturais e sociais, com ênfase no processo de desinstitucionalização. No âmbito dos dispositivos assistenciais, priorizam-se ações e serviços de base comunitária que favorecem a reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental em detrimento dos hospitais psiquiátricos. Nesse contexto, ganham destaque os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, ambulatorios, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e programas voltados para a desinstitucionalização (Programa de Volta para Casa). Ressalta-se, porém, que a efetivação desse novo paradigma requer não somente a desconstrução de espaços físicos dos hospitais e criação de serviços extra-hospitalares, mas, principalmente, a desconstrução de toda a cultura manicomial que promove a exclusão da loucura, construída durante a história e acentuada com o processo de asilamento (Guimarães, Borba, Maftum, Larocca, & Nimtz, 2015; Martins & Lorenzi, 2016; Vasconcelos, Brito, & Andrade, 2016).

Macedo, Abreu, Fontanele e Dimenstein (2017) ressaltam que após a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica e implantação dessa política, transformações importantes

foram alcançadas no campo da assistência em saúde mental e dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2015) atestam isso, estes demonstram que ao longo dos anos houve a ampliação dos serviços extra-hospitalares, territoriais e de base comunitária (em 2014 atingiu-se uma cobertura de 86% desse tipo de serviço) e a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, em 2014, por exemplo, dez instituições dessa natureza receberam indicação para o descredenciamento no SUS. Além disso, tais dados apontam também investimento por parte do governo federal em estratégias de reabilitação psicossocial, como trabalho, cultura e inclusão social.

Todas essas transformações advindas da Reforma Psiquiátrica, pautada no paradigma psicossocial, buscam transformar a relação da sociedade com a pessoa com transtorno mental, desmistificando conceitos estereotipados e preconceituosos disseminados ao longo dos tempos, esperando-se que a população perceba essas pessoas de uma nova forma, mais humanizada, realista e livre dos estereótipos negativos construídos historicamente. Assim, a Reforma Psiquiátrica traz consigo o ideal de mudar representações profundamente arraigadas no imaginário social na busca de favorecer o processo de inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico (Melo, 2017).

No entanto, os avanços no âmbito da saúde mental brasileira ainda se mostram insuficientes para afirmar uma transição do paradigma biomédico para o psicossocial, percebe-se que ainda há muito a ser feito. Observa-se que há uma lentidão nos processos de substituição do modelo hospitalocêntrico e há a existência, lado a lado, dos hospitais psiquiátricos e dos serviços substitutivos; além disso, falta aos profissionais que atuam nos dispositivos de saúde mental embasamento para a sustentação da estratégia de atenção psicossocial, para a criação de novas perspectivas de cuidado e para a efetivação do trabalho em rede. Como reflexo dessa realidade, a institucionalização continua acontecendo, agora com uma nova roupagem e nos serviços substitutivos. Ademais, o

modelo centrado na figura do médico ainda existe e embora haja a presença da equipe multidisciplinar nos serviços de saúde mental, a maior responsabilidade pelo cuidado da pessoa em sofrimento psíquico ainda é dada ao médico (Bezerra, Moraes, Paula, Silva, & Jorge, 2016; Macedo, et al., 2017; Macedo & Dimenstein, 2016; Martinhago & Oliveira, 2015).

Diante das fragilidades para a consolidação do modelo psicossocial, cabe ressaltar as dificuldades desse novo paradigma em propor estratégias para lidar com o preconceito frente aos portadores de transtorno mental. Ainda prevalece na sociedade uma visão negativa dessas pessoas, mantem-se a imagem historicamente associada às pessoas em sofrimento psíquico, a qual as rotula como delirantes, perigosas e imprevisíveis, isso tem como consequência comportamentos de rejeição, medo e exclusão por parte da população. Diante disso, os mecanismos de reabilitação psicossocial tornam-se ineficazes e a atual política de saúde mental não tem conseguido dar conta de concretizar o processo de inclusão social (Wagner, Borba, & Silva, 2015).

Estudo desenvolvido por Sousa, Maciel, Medeiros e Vieira (2016) identificou que universitários da área da saúde representam o portador de transtorno mental como alguém perigoso, agressivo e que causa medo. Na mesma direção desse achado, pesquisa desenvolvida por Aruna et al. (2016), com estudantes de medicina, identificou que mais da metade dos universitários pesquisados sentia medo ao conversar com uma pessoa que apresentasse um transtorno mental e também seria contra o casamento entre um familiar seu e uma pessoa em sofrimento psíquico. Cabe mencionar também o estudo desenvolvido por Melo, Pegoraro, Santos e Pillon (2016), com técnicos de enfermagem, o qual identificou que esses profissionais consideram que os portadores de transtorno mental são perigosos e violentos.

Dimenstein (2007) ressalta que para que haja a efetivação do modelo psicossocial é preciso desmontar não só o manicômio, mas todos os dispositivos práticos, culturais e discursivos que sustentam a exclusão do doente mental, os quais, diferente das estruturas manicomiais, apresentam-se como clausuras sutis, que trazem por traz de um discurso aparentemente comprometido com a mudança, práticas de controle. Nessa direção, Desviat (2008) salienta que os problemas associados à inclusão social da pessoa em sofrimento psíquico estão ligados à falta de preparo da comunidade para receber esses indivíduos, uma vez que pouquíssimos esforços, da atual política de saúde mental, têm como foco a modificação de crenças, de estereótipos, de preconceitos e da percepção de que os portadores de transtornos mentais representam uma ameaça à sociedade.

Dessa forma, percebe-se que a Reforma Psiquiátrica é um processo em construção e ainda apresenta fortes entraves para a efetivação do seu propósito de modificar a relação da sociedade com as pessoas em sofrimento psíquico. Assim, faz-se necessário pensar sobre os fatores que podem contribuir para a efetivação do modelo psicossocial. Portanto, a seguir serão discutidas variáveis importantes da psicologia a fim de compreender teoricamente o papel dos estereótipos, das crenças, da percepção de ameaça e do preconceito frente ao doente mental na explicação da não adesão ao paradigma psicossocial.

Estereótipos sobre o doente mental

Os estereótipos são simplificações que permitem definir; caracterizar um grupo e descrever seus membros de forma rápida e econômica no plano cognitivo, eles podem ser compreendidos como estruturas cognitivas que contém os nossos conhecimentos; expectativas; determinam os nossos julgamentos; como também avaliações acerca dos grupos e dos seus membros, ou seja, são informações socialmente compartilhadas sobre

os grupos (Marques, Páez, & Pinto, 2013). Torres, Camargo e Bousfield (2016) acrescentam que os estereótipos podem se positivos ou negativos. Essas estruturas cognitivas são transmitidas pelos agentes de socialização (os pais, a escola, os meios de comunicação social, etc), o que explica o elevado consenso existente em relação aos grupos sociais, a sua independência do conhecimento real acerca dos indivíduos e sua forte dependência do contexto histórico e cultural (Techio, 2011).

Os estereótipos apoiam-se nos processos de categorização social, identidade social e comparação social (Tajfel, 1981). A categorização consiste em adotar critérios que orientem a divisão em grupos distintos através de uma série de aspectos que se assemelham dentro de uma dada categoria. A identidade social, por sua vez, é o sentimento de pertença a uma determinada categoria mais o valor dessa pertença, nesse processo os indivíduos têm necessidade de manter um senso positivo pessoal e social. Já a comparação social é o posicionamento dos indivíduos frente a diferentes grupos, no qual os indivíduos tendem a salientar aspectos positivos do grupo de pertença (endogrupo) e depreciar aspectos negativos do grupo de comparação (exogrupo) (Turner, Brown, & Tajfel, 1979; Turner & Oakes, 1986). Esses três processos servem para opor semelhantes e estrangeiros, ou seja, para distinguir endogrupo e exogrupo, como também para justificar a diferenciação intergrupal (Moscovici, 2009).

Conforme Tajfel (1981), os estereótipos desempenham três funções nas relações entre os grupos sociais: fornecer uma causalidade social para acontecimentos complexos e de difícil explicação, manutenção da distintividade positiva nas situações de comparações entre indivíduos de pertenças diferentes e justificativa para ações coletivas dirigidas a determinados grupos sociais. Nesse sentido, os estereótipos são um importante instrumento da divisão social e manutenção da imagem social negativa associada aos grupos minoritários, uma vez que eles justificam nossos preconceitos e permitem criar

uma “compreensão” do mundo que justifica as posições objetivamente ocupadas pelos diferentes grupos na dinâmica social (Bonomo & Souza, 2013; Marques, Páez, & Pinto, 2013).

Diversos estudos têm evidenciado que as atitudes discriminatórias contra minorias são acompanhadas de estereótipos negativos acerca desses grupos (Costa & Nardi, 2015; Lima & Almeida, 2010). Portanto, os estereótipos são um importante instrumento para a compreensão das relações entre os grupos no contexto da dinâmica social, por apresentarem um grande impacto nas atitudes das pessoas (Marques, Páez, & Pinto, 2013). Consistente com essa afirmação, Techio (2011) acrescenta que dependendo do tipo de estereótipo saliente é possível predizer ou esperar determinadas ações. Nessa direção, cabe mencionar que as pessoas em sofrimento psíquico são vistas negativamente pela população; estereótipos de conotação negativa como os de perigoso, incapaz, imprevisível, desagradável, bizarro e bobo são culturalmente atribuídos a esse grupo e essas informações são socialmente compartilhadas direcionando comportamentos e atitudes de hostilidade e de exclusão em relação às pessoas com transtornos mentais (Angermeyer, Matschinger, Carta & Schomerus, 2014; Damha, Costa, Zamluca, Madureira, & Lise, 2015).

Pesquisas apontam que a imagem social das pessoas em sofrimento psíquico é marcada por estereótipos negativos. Amorim e Lavrador (2017) realizaram um estudo com trabalhadores da rede de saúde mental do estado do Espírito Santo e identificaram que esses profissionais enxergam os doentes mentais como perigosos e que o medo faz parte do cotidiano de trabalho. Outra pesquisa realizada por Ferreira et al. (2015), com universitários dos cursos de psicologia, medicina e enfermagem, em Barbacena (MG), revelou que os estudantes consideravam que a internação psiquiátrica seria o tratamento

mais benéfico para os doentes mentais e que em contextos de interação social os doentes mentais seriam violentos.

Já Reavley e Jorm (2012) realizaram estudo para investigar se as atitudes de estigmatização dos australianos em relação às pessoas com transtornos mentais mudaram ao longo de um período de 8 anos, os resultados revelaram um aumento nos estereótipos de periculosidade e imprevisibilidade. Pesquisa desenvolvida por Kopera et al. (2015), com estudantes de medicina e médicos, na Polônia, identificou, usando medidas implícitas, que ambos os grupos associavam os doentes mentais à estereótipos negativos.

Apesar das mudanças no cenário da saúde mental surgidas com a Reforma Psiquiátrica, as ideias manicomiais ainda estão presentes em nossa sociedade representadas, sobretudo, pela percepção de ameaça e preconceito frente aos portadores de transtorno mental, os quais são endossados pelos estereótipos negativos e tem como consequência a discriminação desse grupo social, privando-o do exercício de direitos, como autonomia e liberdade, e excluindo-o de toda e qualquer participação nas trocas sociais (Campos, 2017).

Considerando que as relações entre os diferentes grupos sociais são perpassadas pelas representações sociais (Carvalho, Lima, Faro, & Silva, 2012) e essas são influenciadas, dentre outras coisas, por estereótipos, cabe analisar a relação entre estereótipos e as representações sociais (Jodelet, 1998; Moscovici, 2009). A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi desenvolvida em 1961 por Serge Moscovici, em um contexto caracterizado por maior interesse pelos fenômenos coletivos, especificamente, pelas regras que regem o pensamento social. Essa teoria propõe que os indivíduos não apenas recebem informações e seguem crenças coletivas, mas agem ativamente no meio social. Uma representação é social na medida em que é partilhada por um conjunto de

indivíduos e coletivamente produzida, sendo o resultado da atividade cognitiva e simbólica de um grupo social (Moscovici, 2012; Vala, 2006).

Vala (2006) acrescenta que as representações são sociais por emergirem em um dado contexto social; serem elaboradas a partir de quadros de apreensão que refletem os valores, as ideologias e os sistemas de categorização social compartilhados por diferentes grupos; por se constituírem e circularem através da comunicação social e por traduzirem as relações sociais ao mesmo tempo em que contribuem para a sua produção.

Moscovici (2003) afirma que as representações sociais podem ser entendidas como um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana mediante as comunicações interpessoais. Na mesma direção, Jodelet (2001) propõe que as representações sociais são uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e compartilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Portanto, as representações resultam da interação e da comunicação no interior de um grupo social, sendo fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender a realidade. Com o advento dessa teoria, a identificação da visão de mundo dos indivíduos e grupos diante dos diferentes acontecimentos ganhou ênfase e se tornou fundamental para compreensão da dinâmica das interações e práticas sociais, houve a valorização do senso comum (Abric, 1998; Vala, 2006).

De acordo com a Teoria das Representações Sociais, são dois os processos responsáveis pela formulação deste tipo de pensamento social: objetivação e ancoragem. O primeiro corresponde ao mecanismo que busca integrar elementos estranhos a categorias e a imagens comuns, colocando-os em um contexto familiar. Quando pensa sobre um objeto, o sujeito usa como referência experiências e esquemas de pensamento já estabelecidos e atribui aos objetos um local dentro de um conjunto de significados já

existentes. Já o segundo é o processo pelo qual os elementos constituintes da representação se organizam e adquirem materialidade, dando concretude às abstrações, ou seja, é a reprodução de um conceito em uma imagem (Moscovici, 2012; Vala, 2006). Esses conceitos permitem compreender a organização processual da representação, entendendo esse processo como o resultado de uma interação entre os dados da experiência e os quadros sociais da sua apreensão (Jodelet, 2005).

As representações sociais são consideradas como um importante sistema de interpretação da realidade social e, enquanto tal, regulam as relações sociais; orientam comportamentos e influenciam processos como: a difusão e a assimilação de conhecimento, a construção de identidades pessoais e sociais, o comportamento intra e intergrupar e as ações de resistência e de mudança social (Cabecinhas, 2004). Nesse sentido, como pontuam Bonomo, Souza, Menandro e Trindade (2011) as representações sociais são um importante instrumento para a compreensão do pensamento social expresso na rede simbólica dos grupos e objetivado nas relações e práticas cotidianas.

Nesse sentido, as representações sociais apresentam-se como uma importante ferramenta para a compreensão da relação entre os diferentes grupos sociais, uma vez que estas são importantes na vida cotidiana, por guiarem o modo de nomear e definir os diferentes aspectos da realidade, de interpretar esses aspectos, tomar decisões e posicionar-se frente a eles. As representações sociais são fenômenos complexos sempre ativados e em ação na vida social, que envolvem uma riqueza de elementos informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, valores, atitudes, opiniões, estereótipos e imagens, formando uma totalidade significativa em relação à ação (Jodelet, 2001; Patatas, 2014).

No contexto das relações intergrupais, cabe mencionar o grupo socialmente desvalorizado das pessoas em sofrimento psíquico, entre as representações que compõem o imaginário social acerca dessa categoria social, encontram-se o medo e o perigo como

elementos centrais (Braga, Vasconcelos, Vieira, & Maranhão, 2015; Dias, 2015; Serafim, Bú, Maciel, Santiago, & Alexandre, 2017), os quais contribuem para as práticas de exclusão e perpetuação dos estereótipos negativos (Bonomo et al., 2011).

Deschamps e Moliner (2009) explicam que as representações, elaboradas em contexto onde há a saliência da categorização social, se estruturam em torno de estereótipos, uma vez que o processo de categorização social produz cognições sobre a qual se fundam os estereótipos. Assim, pode-se considerar que os estereótipos fazem parte dessas representações. Conforme os autores, o conhecimento que os indivíduos dispõem acerca dos diferentes grupos presentes em seu entorno social, em contextos onde a pertença grupal está saliente, constituem as representações intergrupais, as quais têm seus conteúdos amplamente partilhados pelos membros de um mesmo grupo, além de serem constituídas por estereótipos.

Tajfel (1980) afirma que os estereótipos constituem uma parte importante da representação, sendo que a representação é mais que o estereótipo. Assim, enquanto um dos componentes da representação social, os estereótipos permitem uma maior compreensão dos fenômenos psicossociais, na medida em que atuam como organizadores das relações simbólicas entre os atores sociais e podem sustentar práticas de discriminação e exclusão. Então, tal como as representações sociais, os estereótipos têm como função formar e orientar, tanto a comunicação como os comportamentos (Antunes, Camargo, & Bousfield, 2014; Arruda, Gonçalves, & Mululo, 2008; Baptista, 2004; Patatas, 2014; Sousa & Barros, 2012).

Além dos estereótipos, cabe mencionar também o papel das crenças sobre a etiologia da doença mental para a compreensão do processo de efetivação do modelo psicossocial de atenção à saúde mental, uma vez que tais crenças são fatores fundamentais

para o entendimento das tensões intergrupais e mecanismos de exclusão dos grupos minoritários (Pereira, Monteiro, & Camino, 2009).

Crenças sobre a etiologia da doença mental

As crenças podem ser entendidas como proposições que afirmam ou negam uma relação entre dois aspectos concretos ou abstratos ou entre um objeto e um possível atributo desse objeto. Elas são elementos importantes à nossa conduta, pelo fato de a nortearem, fornecendo-lhe sentido e direção (Kruger, 1993,1995).

Como propõem Lopes e Mourão (2010), as crenças estão relacionadas às experiências de cada indivíduo e ao contexto sócio-cultural com o qual interagem, elas originam-se das experiências, ou seja, se formam a partir das interações sociais. Assim, para os autores, as crenças são originadas por meio de um processo de construção social, incorporação de ideias de outras pessoas, com interferência de aspectos do ambiente e circunstâncias. Na Psicologia Social, as crenças são importantes variáveis para a análise dos fenômenos, pois elas configuram-se como elementos norteadores da relação entre indivíduo e sociedade (Santos, Campos, Figueiredo, & Lima, 2016).

O pressuposto básico no estudo das crenças é o da sua organização lógica, subjetiva, em sistemas ou conjuntos logicamente estruturados, sendo capazes de ativar motivações e, portanto, condutas sociais influenciando por essa via processos coletivos. Ademais, elas propiciam uma interpretação da realidade social. Portanto, as crenças desempenham um importante papel na orientação de condutas sociais e interpretação da realidade, sendo consideradas fatores subjacentes importantes às atitudes e comportamentos frente aos grupos sociais, uma vez que funcionam como princípios organizadores que podem motivar a expressão de preconceito e discriminação frente aos

grupos minoritários (Kruger, 1995, 2013; Pereira, Dias, Lima, & Souza, 2017; Pereira, Pereira, & Monteiro, 2016).

Dessa forma, as crenças associadas aos grupos sociais podem motivar as pessoas a excluírem os membros do exogrupo do convívio social, uma vez que conforme Pereira, Torres, Falcão e Pereira (2013) tais crenças estão associadas à legitimação da exclusão social dos grupos minoritários. Nesse sentido, analisar as crenças acerca da etiologia da doença mental é de grande relevância para a compreensão do processo de consolidação do paradigma psicossocial, uma vez que tais crenças podem substanciar o preconceito frente ao doente mental e a percepção de ameaça, os quais podem refletir no não apoio às políticas sociais de inclusão das pessoas em sofrimento psíquico.

No que se refere às crenças sobre a etiologia da doença mental, Maciel, Pereira, Lima e Souza (2015) identificaram seis tipos de crenças explicativas das doenças mentais: Psicológicas (falam sobre a natureza psicológica da doença mental, englobando problemas emocionais, de estresse e também traumas ocorridos na infância), Religiosas (agrupam explicações sobre uma suposta natureza religiosa ou sobrenatural da doença mental), Biológicas (falam sobre a natureza orgânica da doença mental), Uso de drogas (aborda que a doença mental surge a partir do abuso ou consumo excessivo de drogas), Socioeconômicas (falam que a doença mental surge a partir da vulnerabilidade econômica, como pobreza, desemprego e falta de alimentação) e Contingenciais (apontam os acidentes, os traumatismos cranianos e os estudos em excesso como a causa da doença mental). Conforme tais autores, a depender da crença saliente acerca da etiologia da doença mental, podem-se observar atitudes de aceitação ou exclusão das pessoas em sofrimento psíquico.

Pesquisas têm demonstrado empiricamente tal fato, estudo desenvolvido por Stefanovics et al. (2016) analisou a relação entre crenças e atitudes sobre os doentes

mentais em uma amostra de 902 profissionais de saúde de cinco países: Brasil, China, Gana, Nigéria e Estados Unidos. Os resultados demonstraram que as crenças sobre a causas biopsicossociais da doença mental estavam associadas a atitudes menos preconceituosas e de aceitação social, quando comparadas às crenças sobrenaturais (bruxaria, maldição). Outra pesquisa realizada na Nigéria por Gureje, Olley, Oluwanuga e Kola (2006), com uma amostra de 1163 pessoas da população geral, identificou que 84,6% dos participantes acreditavam que a etiologia da doença mental estava vinculada a aspectos biopsicossociais, enquanto 15,4% concordavam com a origem mágico-religiosa e estes apresentaram atitudes menos tolerantes e mais preconceituosas em relação às pessoas com transtornos mentais.

Adicionalmente, Cook e Wang (2011) conduziram uma investigação com o objetivo de identificar a relação entre as crenças causais da depressão e o estigma, a amostra foi formada por 3.047 indivíduos da população geral da cidade de Alberta no Canadá. Inicialmente, apresentou-se uma vinheta aos participantes descrevendo um caso de depressão e, em seguida, eles responderam a uma escala de estigma e a um questionário de crenças sobre a causalidade da depressão. Os resultados indicaram uma relação entre causa genética da depressão e menor estigma e uma relação entre atribuir a causa da depressão ao fato de “ser uma pessoa nervosa” e maior estigma. Já Melo (2017), em um estudo com 200 universitários da Paraíba, propôs um modelo explicativo do preconceito frente ao paciente com esquizofrenia, usando os estereótipos e as crenças causais como variáveis explicativas. Os achados demonstraram que além do estereótipo de periculosidade, as crenças causais religiosas e psicológicas estavam associadas ao preconceito frente à pessoa com esquizofrenia.

Isso posto, percebe-se a importância de entender o papel das crenças sobre a etiologia da doença mental na efetivação do paradigma psicossocial, pois tais crenças

podem substanciar atitudes e comportamento de exclusão ou aceitação da comunidade em relação aos doentes mentais. De maneira geral, observam-se atitudes negativas e comportamentos de discriminação e distanciamento em relação às pessoas em sofrimento psíquico, levando ao entendimento de que, mesmo no contexto atual, de implantação da Reforma Psiquiátrica e busca de desenvolvimento de uma rede de assistência comunitária, a pessoa com transtorno mental ainda é vista como perigosa, irrecuperável, vinculada à forças sobrenaturais e precisa ser mantida longe do convívio social, sob portas trancadas e vigilância (Oliveira, Lima, Silva, Oliveira, & Alves, 2011). Nesse sentido, entender as crenças que motivam as atitudes e comportamentos negativos da população com relação aos doentes mentais pode favorecer o desenvolvimento de mecanismos que promovam a integração social desse grupo minoritário e a consolidação do paradigma psicossocial.

Outra variável que tem sido apontada como importante para a compreensão das relações entre os diferentes grupos sociais é a percepção de ameaça (Nata, 2011). A seguir, serão apresentadas considerações acerca da percepção de ameaça e adesão ao modelo psicossocial de atenção à saúde mental.

Percepção de ameaça no contexto da saúde mental

A percepção de ameaça é uma variável que está consistentemente relacionada ao preconceito e a discriminação entre os grupos sociais (Esses, Haddock, & Zanna, 1993; Monterrubio, 2015; Stephan, Ybarra, & Morrison, 2009), tal associação pode ser explicada pelo fato de na tentativa de defender os interesses do endogrupo, a ameaça percebida representa o sentimento de que o exogrupo pode diminuir o bem-estar do endogrupo e isto serve como uma justificativa para a emergência de atitudes e/ou comportamentos hostis em relação aos membros do grupo percebido como a fonte de ameaça (Barros, Torres, & Pereira, 2017).

Na busca de explicar a associação entre essas variáveis, Stephan e Stephan (2000) propuseram a Teoria da Ameaça Integrada, a qual afirma que as atitudes intergrupais negativas, especificamente o preconceito, derivam da percepção de que o outro grupo é uma fonte de ameaça. Essa teoria define dois tipos de ameaça: a ameaça realística e a ameaça simbólica. A primeira corresponde à concepção de que uma pessoa percebida como membro do exogrupo representa uma ameaça ao poder econômico e ao bem-estar físico e material do endogrupo, inclui ameaças reais. Já a segunda envolve a compreensão de que uma pessoa percebida como membro do exogrupo representa uma ameaça aos valores que definem a matriz cultural do endogrupo. Conforme essa teoria, o preconceito se estrutura a partir da percepção de ameaça.

A relação entre percepção de ameaça e preconceito é largamente apontada pela literatura e muitos dos estudos demonstrando essa relação foram desenvolvidos no contexto da imigração (Bizman & Yinon, 2001; Stephan, Diaz-Loving, & Duran, 2000; Stephan, Ybarra, & Bachman, 1999). Nessa realidade, a relação entre preconceito e percepção de ameaça é moldada por questões que envolvem as características específicas da imigração (permanente residência dos imigrantes no país de acolhimento, mobilidade de países em desenvolvimento para países desenvolvidos e disputas por postos de trabalho), fazendo sentido abordar questões como ameaça cultural ou econômica, no entanto, tais características não são necessariamente observadas em outros contextos de relações intergrupais (Monterrubio, 2015).

Nesse artigo, a percepção de ameaça será abordada no contexto da relação entre a sociedade e as pessoas em sofrimento psíquico e, se tratando deste grupo social, não há uma percepção de ameaça econômica ou cultural, e sim, a percepção de uma ameaça à integridade física do endogrupo (as pessoas consideradas normais), uma vez que os portadores de transtorno mental são rotulados pela população como perigosos,

imprevisíveis e impulsivos. Desse modo, é propagada na sociedade a informação que é perigoso conviver com os doentes mentais, pelo fato de eles serem violentos, terem muita força física, não sentirem pena, terem a “sexualidade pervertida”, entre outros, que servem de justificativa para a exclusão desse grupo social (Angermeyer, Holzinger, Carta, & Schomerus, 2011; Angermeyer & Matschinger, 2004; Maciel et al., 2008). Diante disso, Melo (2017) propõe que a percepção de ameaça frente ao doente mental pode ser compreendida a partir da periculosidade e da imprevisibilidade. Esta envolve a ideia de que os doentes mentais são pessoas que podem ter comportamentos inesperados, não sendo confiáveis. Já aquele corresponde a compreensão de que o doente mental é alguém que representa uma ameaça e pode causar algum dano físico às pessoas

Assim, a partir da percepção de que as pessoas em sofrimento psíquico representam uma ameaça à integridade física do endogrupo, surge o desejo de distanciamento e de exclusão desse grupo social (Passos, 2018). Portanto, a percepção de ameaça exerce influência na relação entre as pessoas em sofrimento psíquico e a sociedade, sobretudo no apoio da população à Reforma Psiquiátrica, a qual visa à desinstitucionalização, a extinção de instituições psiquiátricas, criação de uma rede substitutiva de serviços e, por conseguinte, o acolhimento do doente mental na comunidade. A inferência de que o doente mental representa uma ameaça, por ser perigoso e imprevisível, funciona como um motivador do preconceito e juntamente com este está relacionada à oposição da população às políticas que buscam promover a inclusão dessa categoria social.

Sobre isso pode-se citar, por exemplo, a dificuldade para a implantação dos Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) nas comunidades, a qual pode ser ilustrada pela resistência em alugar imóveis para esse fim, criação de abaixo-assinados contra os SRT e por atitudes de preconceito, rejeição e estranhamento em relação aos moradores

desse tipo de serviço (Neto & Avellar, 2015). Estudo desenvolvido por Martins, Peres, Oliveira, Stipp e Almeida Filho (2013) objetivou analisar as dificuldades para a implantação do Serviço de Residência Terapêutica na cidade de Volta Redonda-RJ. Os resultados demonstraram que a comunidade apresentou dificuldade de aceitar os moradores do SRT por sentirem medo destes, como também os proprietários das casas apresentaram resistência em alugar seus imóveis ao saberem que os inquilinos seriam portadores de transtornos mentais. Outra pesquisa realizada por Neto e Avellar (2015) analisou a percepção dos moradores de um conjunto residencial sobre a convivência com o SRT e identificou, entre a vizinhança, uma representação da doença mental marcada pela agressividade e imprevisibilidade, como também dificuldade no processo de inclusão social dos moradores do SRT, uma vez que o contato entre a comunidade e estes resumia-se a breves encontros eventuais, quase sempre, na presença dos cuidadores.

Essa realidade evidencia que apesar do redirecionamento do modelo de atenção proposto pela política de saúde mental e dos avanços na implantação de serviços substitutivos, o processo de desinstitucionalização e real inclusão social da pessoa portadora de transtorno mental enfrenta obstáculos (Simoni, Lazarini, & Madureira, 2017), os quais estão respaldados em ideias irrealis e pejorativas, como a inferência que as pessoas em sofrimento psíquico representam uma ameaça à sociedade.

Outra variável importante para a compreensão das relações que se estabelecem, atualmente, entre a sociedade e o fenômeno do adoecimento mental é o preconceito; a seguir essa variável será abordada, destacando-se o seu impacto no estabelecimento do paradigma psicossocial.

Preconceito frente ao doente mental

Na Psicologia Social, o preconceito emergiu como objeto de estudo por volta da década de 1920 e, nessa época, o foco de estudos era o preconceito racial. O que despertou o interesse da ciência pelo preconceito foi a ideia de que a discriminação contra os grupos minoritários poderia não estar fundamentada em justificativas reais, como se defendia na época, uma vez que, até então, acreditava-se que, de fato, alguns grupos sociais eram inferiores (Rodrigues, Assmar, & Jablonsk, 2009).

Gordon Allport (1954) foi um importante pesquisador sobre o preconceito, ele traçou as linhas fundamentais para o estudo desse tema e propôs umas das definições mais famosas na Psicologia Social para esse construto (Costa, 2016; Lima, 2011), nas palavras de Allport (1954, p.7), o preconceito é: “Uma atitude de prevenção ou de hostilidade dirigida a uma pessoa que pertence a um grupo simplesmente porque ela pertence àquele grupo, e se presume que possua as qualidades desagradáveis desse grupo.”

A partir das ideias de Allport, surgiram várias explicações para o preconceito. Inicialmente, as teorias pautaram-se em aspectos mais individuais. Dollard, Doob, Miller, Mowrer e Sears (1939) desenvolveram estudos partindo do pressuposto que o preconceito seria resultado de uma frustração reprimida e deslocada para grupos mais fracos. Já Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson e Sanford (1950) atribuíram à causa do preconceito a uma personalidade autoritária. Rokeach (1960) afirmava que a causa do preconceito estava relacionada a rigidez cognitiva e pouca disposição para o contato com pessoas percebidas como diferentes.

Diante da insuficiência dessas teorias, as pesquisas seguintes (Hamilton, 1979; Hewstone, 1990; Pettigrew, 1979; Ross, 1977; Schaller, 1991) tiveram como foco os estereótipos e buscaram explicações para o preconceito por meio dos vieses psicológicos ou erros de processamento, isso se deu em um contexto de forte influência da cognição

social. Apesar da nova proposta, essas teorias ainda abordaram o preconceito a partir de uma perspectiva individual. Foram Sherif, Harvey, White, Hood e Sherif (1954) e Tajfel (1972, 1978) que propuseram uma nova forma de análise desse fenômeno, esses teóricos estudaram o preconceito dentro da ótica das relações intergrupais, extrapolando o enfoque individual dado até então (Batista et al., 2014; Lacerda, Pereira, & Camino, 2002).

Para Sherif et al. (1961/1988), o preconceito teria sua gênese em situações de acirramento de conflito de interesse e de rivalidade entre o endogrupo e o exogrupo. Já para Tajfel (1970, 1981), o preconceito seria o resultado da inserção do indivíduo numa categoria social, a pertença a uma determinada categoria leva ao favoritismo endogrupal, que resulta da motivação à manutenção de uma auto-estima positiva que é construída através de uma imagem favorável do endogrupo e uma desfavorável do exogrupo (Pereira & Souza, 2016).

Atualmente, há ênfase em uma compreensão do preconceito enquanto um processo amplo e multideterminado, ressaltando-se o papel do meio social, do contexto das relações intergrupais e dos processos psicológicos. As explicações contemporâneas para esse fenômeno buscam articular tanto aspectos cognitivos, os estereótipos por exemplo, como aspectos ligados ao social, a história dos conflitos intergrupais em uma determinada sociedade por exemplo (Batista, Leite, Torres, & Camino, 2014; Ferreira, Leite, Sousa, Estramiana, & Torres, 2017; Lins, Nunes, & Camino, 2014). Nessa direção, Brown (2010) destaca que o preconceito, além de uma forma de expressão baseada nas crenças ou avaliações negativas, pode apresentar-se também enquanto um comportamento discriminatório dirigido a um indivíduo ou grupo devido a sua pertença categorial e que acontece na dinâmica das relações intergrupais que se processam em um contexto histórico específico. Para Schucman (2014), tal comportamento objetiva criar vantagens de um grupo sobre o outro e legitimar desigualdades sociais. Portanto, na

análise do preconceito deve-se levar em consideração o contexto social no qual ele acontece.

Diante de tais aspectos, o preconceito pode ser definido como “uma forma de relação intergrupar onde, no quadro específico das relações assimétricas de poder, se desenvolvem nos grupos dominantes, atitudes depreciativas, comportamentos hostis e discriminatórios em relação aos membros dos grupos minoritários por serem membros desses grupos” (Camino & Pereira, 2000, p.52). Para Lins, Nunes e Camino (2014) o preconceito configura-se no âmbito dos conflitos reais de poder entre os grupos e evolui, principalmente, no interior dos grupos dominantes.

O preconceito frente as diferentes minorias sociais tem recebido grande atenção na atualidade, sendo tema de várias pesquisas (Lima, Faro, & Santos, 2016; Lins et al., 2014; Pereira, Dias, Lima, & Souza, 2017), porém, mesmo diante do aumento de publicações acerca dessa tema e maior compreensão sobre os processos e impactos que o envolvem, as atitudes preconceituosas ainda são frequentemente observadas nos diferentes contextos sociais e, algumas vezes, assumem uma nova roupagem, uma forma aparentemente não preconceituosa, na tentativa de driblar as normas sociais que coíbem tal prática. Apesar das mudanças sociais e existência da legislação antipreconceito, a discriminação frente aos diferentes grupos sociais ainda acontece e representa uma grave forma de agressão e violência que traz muitas consequências negativas para toda a sociedade (Techio, 2011).

Um grupo social que historicamente é alvo de preconceito e discriminação é o das pessoas em sofrimento psíquico. Fundamentando em crenças irreais, estereótipos negativos e na percepção de que os portadores de transtorno mental representam uma ameaça à sociedade, o preconceito representa um importante desafio à Reforma

Psiquiátrica, a qual tem como propósito central, como pontua Rodrigues (2010), a participação das pessoas em sofrimento psíquico na vida pública.

Representados pela sociedade enquanto pessoas inadequadas, inconvenientes, incapazes, perigosas, imprevisíveis, preguiçosas, diabólicas, perturbadas, dentre outras (Melo, 2017), as pessoas com transtorno mental vivenciam uma realidade de isolamento, sendo excluídas da família, do mercado de trabalho, das instituições de ensino e de todos os espaços de trocas sociais. Tal fato impacta diretamente na efetivação do modelo psicossocial de assistência, uma vez que representa uma dificuldade de rompimento com as antigas práticas pautadas no modelo biomédico com ênfase na hospitalização e medicalização.

Sobre essa realidade, pesquisa desenvolvida por Salles e Barros (2014) com 17 usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e 12 pessoas da rede de relações sociais desses usuários; com o objetivo de analisar as possibilidades e dificuldades de usuários de um CAPS em relação ao exercício da cidadania e à construção de seus projetos de vida, na perspectiva da promoção da inclusão social; identificou que os portadores de transtorno mental vivenciavam uma realidade de exclusão e estigma social, encontrando dificuldades para atender suas necessidades básicas de vida e ter acesso ao trabalho e à renda. Os resultados desse estudo indicaram que as pessoas em sofrimento psíquico encontravam dificuldades para a garantia de seus direitos enquanto cidadãos.

Portanto, o preconceito frente ao doente mental, endossado pelas crenças acerca da etiologia da doença mental, pelos estereótipos e pela percepção de que os doentes mentais representam uma ameaça à sociedade, funciona como motivador ao não apoio às políticas que buscam reintegrar os doentes mentais ao convívio social, como a atenção pautada no paradigma psicossocial.

Considerações finais

A revisão teórica realizada indicou a importância de estudar estereótipos, crenças, percepção de ameaça e preconceito para a análise da adesão da população ao modelo de atenção psicossocial, uma vez que essas variáveis podem fornecer explicações para o melhor entendimento das relações intergrupais que se processam no atual contexto da saúde mental. Pelo fato de o modelo psicossocial propor um amplo e complexo processo de mudança pautado não só em transformações na assistência, mais também no aspecto sociocultural, por meio da proposta de novas maneiras de relacionamento entre a sociedade e a pessoa em sofrimento psíquico (Amarante, 2013), faz-se necessário considerar múltiplas variáveis para a análise da efetivação dessa modelo. Portanto, a revisão teórica realizada neste estudo permitiu uma maior compreensão acerca dos fatores envolvidos na decisão de apoiar o paradigma psicossocial.

Por estar associada, historicamente, à uma imagem social negativa a principal forma de cuidado à pessoa com transtorno mental, durante anos, foi excluir e hospitalizar por tempo prolongado. Esses processos foram responsáveis pelo rompimento dos laços familiares, sociais e pelo fim da autonomia desses sujeitos (Santos, 2019). Mesmo com as intensas transformações que aconteceram no campo da saúde mental, que propuseram novas alternativas e equipamentos de cuidado, as pessoas em sofrimento psíquico ainda são associadas à estereótipos negativos, crenças distorcidas acerca da etiologia da doença mental, ideia de que representam uma ameaça à população e preconceito, essas variáveis juntas funcionam como barreiras ao processo de inclusão social desses indivíduos, dificultando a ruptura com o paradigma biomédico.

A Reforma Psiquiátrica, ancorada no paradigma psicossocial, ao mesmo tempo em que apresenta novos desafios no campo da saúde mental, indica novos caminhos a serem percorridos em direção a uma forma diferente de lidar com a pessoa com transtorno

mental e trilhar tais caminhos implica na desconstrução de saberes e práticas excludentes, estigmatizantes e violentos, buscando-se a criação de outras possibilidades de relação com a diferença (Liberato, 2011). Nesse sentido, a transformação dos estereótipos negativos, das crenças distorcidas sobre a natureza da doença mental, da ideia de que a pessoa com transtorno mental representa uma ameaça e do preconceito apresenta-se como fundamental para viabilizar essas novas relações sociais. Cabe acrescentar, que esse processo perpassa por estratégias educativas e envolve toda a sociedade, é fundamental que se discuta sobre saúde mental nos diferentes espaços sociais e se transmita informações reais acerca da doença mental e cientificamente fundamentadas, livres dos preconceitos e estereótipos construídos ao longo da história, além disso, é indispensável o investimento em constantes capacitações para os profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial.

Por fim, recomenda-se que novos estudos acerca dessa temática sejam realizados, envolvendo, especificamente, as contribuições do preconceito, estereótipos, crenças sobre a etiologia da doença mental e percepção de ameaça na explicação da adesão ao modelo psicossocial de forma empírica.

Referências

- Abriç, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (Org.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 27-38). Goiânia: AB Editora.
- Adorno, T. W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D., & Sanford, R. N. (1950). *The authoritarian personality*. New York: Harper & Row.
- Allport, G. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge: Addison-Wesley

- Amancio, V. R. & Elia, L. (2017). Panorama histórico - político da luta antimanicomial no Brasil: as instabilidades do momento atual. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(24), 22-49. Recuperado de: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/5031>
- Amarante, P. (2013). *Saúde mental e atenção psicossocial* (4a ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2009). Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1 (1), 1-7. Recuperado de: <http://www.incubadora.ufscq.br/index.php>
- Amorim, R. G., & Lavrador, M. C. C. (2017). A perspectiva da produção de cuidado pelos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 273-288. doi:10.1590/1982-370300332015
- Andrade, A. P. M., & Maluf, S. W. (2017). Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Revista Saúde em Debate*, 41(112), 273-284. doi: 10.1590/0103-1104201711222
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2004). The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: Results from a representative survey in Germany. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1049-1061. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007120
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G. & Schomerus, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *The British Journal of Psychiatry*, 199(5), 367-372. doi: 10.1192/bjp.bp.110.085563.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2014). Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *European Psychiatry*, 29(6), 390-395. doi: org/10.1016/j.eurpsy.2013.10.004

- Antunes, L., Camargo, B. V., & Bousfield, A. B. S. (2014). Representações sociais e estereótipos sobre aids e pessoas que vivem com HIV/Aids. *Psicologia: teoria e prática*, 16(3), 43-57. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000300004&lng=pt&tlng=pt.
- Arantes, D. J., & Toassa, G. (2017). Movimento da reforma psiquiátrica em Goiânia, GO: trajetória histórica e implantação dos primeiros serviços substitutivos. *Revista Psicologia e Saúde*, 9 (2), 47-60. doi: 10.20435/pssa.v9i2.498.
- Arruda, A., Gonçalves, L. P. V., & Mululo, S. C. C. (2008). Viajando com jovens universitários pelas diversas brasileiras: representações sociais e estereótipos. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 503-511. Doi:10.1590/S1413-73722008000300011
- Aruna, G., Mittal, S., Yadiyal, M. B., Acharya, C., Acharya, S., & Uppulari, C. (2016). Perception, knowledge, and attitude toward mental disorders and psychiatry among medical undergraduates in Karnataka: A cross-sectional study. *Indian journal of psychiatry*, 58(1), 70-86.
- Baptista, M. M. (2004) Estereotipia e Representação Social – uma abordagem psicossociológica. In A. D. Barker (ed.), *O Poder e a persistência dos Estereótipos* (pp.103-116). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Barbosa, T. R. S. (2010). *Estigma face à doença mental por parte de futuros Profissionais de saúde mental*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.
- Barbosa, V. F. B., Martinhago, F., Hoepfner, A. M. S., Daré, P. K., & Caponi, S. N. C. (2016). O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. *Saúde em Debate*, 40(108), 178-189. doi: 10.1590/0103-1104-20161080015

- Barros, C. M. D. L., Torres, A. R. R., & Pereira, C. R. (2017). Atitudes de estudantes de medicina face ao "Mais Médicos" revela favorecimento endogrupal. *Psico*, 48(1), 12-20. doi:10.15448/1980-8623.2017.1.23871
- Barroso, S. M., & Silva, M. A. (2011). Reforma Psiquiátrica Brasileira: O caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Revista da SPAGESP*, 12 (1), 66-78. Recuperado de: [http //pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v12n1/v12n1a08.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v12n1/v12n1a08.pdf)
- Basaglia, F. (1985). As instituições de violência. In Basaglia, F. (Ed.), *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico* (pp.99–134). Rio de Janeiro: Graal.
- Batista M.D.G. (2014). Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. *Revista de Ciências Sociais*, 40, 391-404. Recuperado de:
<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/16690>
- Batista, J. R. M., Leite, E. L., Torres, A. R. R., & Camino, L. (2014). Negros e nordestinos: similaridades nos estereótipos raciais e regionais. *Revista Psicologia Política*, 14(30), 325-345. Recuperado de:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2014000200008&lng=pt&tlng=pt.
- Bezerra, I. C., Morais, J. B., Paula, M. L., Silva, T. M. R., & Jorge, M. S. B. (2016). Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. *Saúde em Debate*, 40(110), 148-161. doi: 10.1590/0103-1104201611011
- Bizman, A., & Yinon, Y. (2001). Intergroup and interpersonal threats as determinants of prejudice: The moderating role of in-group identification. *Basic and Applied Social Psychology*, 23, 191–196. doi:10.1207/153248301750433669

- Bonomo, M. & Souza, L. (2013). Representações hegemônicas e polêmicas no contexto identitário rural. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31 (2), 402-418. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v31n2/v31n2a08.pdf>
- Bonomo, M., Souza, L., Menandro, M. C. S., & Trindade, Z. A. (2011). Das categorias aos grupos sociais: representações sociais dos grupos urbano e rural. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(4), 676-689. Doi: 10.1590/S1414-98932011000400002
- Bonomo, M., Souza, L., Trindade, Z. A., Canal, F. D., Brasil, J. A., Livramento, A. M., & Patrocínio, A. P. S. M. (2010). Mulheres ciganas: medo, relações intergrupais e confrontos identitários. *Universitas Psychologica*, 10(3), 745-758. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/497>
- Borba, L. O., Guimarães, A. N., Mazza, V. A., & Maftum, M. A. (2012). Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1406-1414. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600018>
- Braga, I. B., Vasconcelos, J. F., Vieira, A. C. C., & Maranhão, T.L.G. (2015). Representações Sociais de Doente Mental na Percepção dos Cuidadores. *Id on Line Revista de Psicologia*, 9(27), 98-117. Recuperado de: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>
- Brasil. (2015). *Saúde Mental em Dados-12*. Ministério da Saúde. SAS/Dapes. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 10 (12). Recuperado de <<https://goo.gl/ULv73a>>.
- Brito, A. A. C., Bonfada, D., & Guimarães, J. (2015). Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(4), 1293-1312. doi: 10.1590/S0103-73312015000400013

- Brown, R. J. (2010). *Prejudice: its social psychology*. Malden, Massachusetts, USA: Blackwell Publishers Inc.
- Cabecinhas, R. (2004). Representações sociais, relações intergrupais e cognição social. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 14(28), 125-137. Doi: 10.1590/S0103-863X2004000200003
- Camino, L., & Pereira, C. (2000). O papel da psicologia na construção dos direitos humanos: Análise das teorias e práticas psicológicas na discriminação ao homossexualismo. *Revista Perfil*, 13 (13), 49-69.
- Campos, P. M. O. T. S. (2017). *Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, face à doença psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado. Escola superior de enfermagem do Porto, Porto.
- Carvalho, N. C., Lima, M. E. O., Faro, A., & Silva, C. A. F. (2012). Representações sociais dos ciganos em Sergipe: Contato e estereótipos. *Psicologia e Saber social*, 1(2), 232-244. Recuperado de : <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/4902/3625>
- Cook, T. M., & Wang, J. (2011). Causation beliefs and stigma against depression: results from a population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 133 (1-2), 86-92. doi: 10.1016/j.jad.2011.03.030
- Costa, A. B., & Nardi, H. C. (2015). Homofobia e preconceito contra diversidade sexual: debate conceitual. *Temas em Psicologia*, 23(3), 715-726. Doi:10.9788/TP2015.3-15
- Costa, L. L. A. (2016). O adolescente em conflito com a lei: representações sociais e julgamentos de estudantes de direito. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE.

- Costa, M. I. S. (2016). *Saúde mental e os novos paradigmas de cidadania e inclusão social na sociedade contemporânea*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P.D.C. Amarante (Org.), *Ensaio sobre subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp.141-168). Rio de Janeiro, RJ: Ed. Fiocruz.
- Costa-Rosa, A. (2012). A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade. *Estudo de Psicologia*, 29 (1), 115-126. doi:10.1590/S0103-166X2012000100013
- Cremonini, V., Pagnucci, N., Giacometti, F., & Rubbi, I. (2018). Health Care Professionals Attitudes towards mental illness: Observational study performed at a public health facility in northern Italy. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 24-30. doi: 10.1016/j.apnu.2017.09.007
- Cruz, L. (2017). Loucura e imaginário social na literatura brasileira: passagem do século XIX para o século XX. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(22), 01-28. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3975>
- Damha, A. C., Costa, S. M., Zanluca, A. P., Madureira, E. M. P., & Lise, A. M. R. (2015). A estigmatização da esquizofrenia com enfoque nos profissionais de saúde. *Revista Thêma et Scientia*, 5 (2), 38-45. Recuperado de: <http://www.themaetscientia.fag.edu.br/index.php/RTES/article/view/327>
- Deschamps, J. C., & Moliner, P. (2009). *A identidade em psicologia social: dos processos identitários às representações sociais*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Desviat, M. (2008). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Dias, F. X. (2015). *Representações sociais da doença mental construídas por profissionais da saúde*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP.
- Dimenstein, M. (2007). Apresentação do dossiê: subjetividade e práticas institucionais: a reforma psiquiátrica em foco. *Vivência*, 32, 25-34.
- Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, Q., & Sears, R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Dornelas, R., & Almeida, D. (2017). O papel do médico no CAPS no contexto da reforma psiquiátrica: desafios e avanços observados a partir da experiência no serviço. *Academus Revista Científica da Saúde*, 2(1). Recuperado de <https://smsrio.org/revista/index.php/revsa/article/view/267>
- Esses, V. M., Haddock, G., & Zanna, M. P. (1993). Values, stereotypes, and emotions as determinants of intergroup attitudes. In D. M. Mackie & D. L. Hamilton (Eds.), *Affect, cognition and stereotyping: Interactive processes in group perception* (pp. 137-166). Orlando, FL: Academic Press.
- Ferreira, A. S. S., Leite, E. L., Sousa, A. W. L., Estramiana, J. L. A., & Torres, A. R. R. (2017). Repertórios interpretativos acerca do preconceito racial no futebol. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 22(3), 338-348. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000300010&lng=pt&tlng=pt.
- Ferreira, F. N., Fernandino, D. C., Souza, G. R. M., Ibrahim, T. F., Fukino, A. S. L., Araújo, N. C., & Vidal, C. E. L. (2015). Avaliação das Atitudes de Estudantes da Área da Saúde em relação a Pacientes Esquizofrênicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(4), 542-549. doi:10.1590/1981-52712015v39n4e01562014

- Foucault, M (2012). *História da loucura na idade clássica* (1ª Reimpressão). São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1988). *Doença mental em Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro. 3º ed.
- Guimarães, A. N., Borba, L. O., Maftum, M. A., Larocca, L. M., & Nimtz, M. A. (2015). Mudanças na atenção à saúde mental decorrentes da Reforma Psiquiátrica: Percepções de profissionais de enfermagem. *Ciência e Cuidado em saúde*, 14 (1), 830-838. doi:10.4025/cienccuidsaude.v14i1.22187
- Gureje, O., Olley, B. O., Oluwanuga, O. E., & Kola, L. (2006). Do beliefs about causation influence attitudes to mental illness? *World Psychiatry*, 5(2), 104-107. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez15.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC1525129>
- Hamilton, D. L. (1979). A cognitive-attributional analysis of stereotyping. Em L. Berkowitz (Org.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 12, pp. 53-84). New York: Academic Press.
- Hewstone, M. (1990). The ultimate attribution error? A review of the literature on intergroup causal attribution. *European Journal of Social Psychology*, 20, 311-335.
- Jodelet, D. (1998). A alteridade como produto e processo psicossocial. Em A. Arruda (Org.). *Representando a alteridade* (pp. 47-67). Petrópolis: Vozes.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.), *As representações sociais* (pp.17-41). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Jodelet, D. (2005). *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Kopera, M., Suszek, H., Bonar, E., Myszk, M., Gmaj, B., Ilgen, M., & Wojnar, M. (2015). Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in Mental Health

- Professionals and Medical Students. *Community Ment Health J*, 51, 628–634. doi: 10.1007/s10597-014-9796-6
- Kruger, H. (1993). Crenças e sistemas de crenças. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 45(1/2), 3-15.
- Kruger, H. (1995). *Psicologia das Crenças: Perspectivas teóricas*. Tese do concurso público para professor titular de Psicologia Social. Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Kruger, H. (2013). Ideologias, sistemas de crenças e atitudes. In L. Camino, A. R. R., Torres, M. E. O., Lima & M. E. Pereira (Orgs.), *Psicologia social: temas e teorias* (pp. 261-308). Brasília: Technopolitik.
- Lacerda, M., Pereira, C., & Camino, L. (2002). Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 165-178.
- Li, J., Guo, Y. B., Huang, Y.G., Liu, J.W., Chen, W., Zhang, X.Y., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2017). Stigma and discrimination experienced by people with schizophrenia living in the community in Guangzhou, China. *Psychiatry Research*, 255, 225-231. doi: 10.1016/j.psychres.2017.05.040
- Liberato, M. T. C. (2011). *A dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica: Articulando redes para a consolidação da estratégia de atenção psicossocial*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.
- Lima, A. K. S. (2015). *Reinserção social do paciente portador de transtorno mental atendido no CAPS I do município de São Sebastião/SP*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Guarulhos, Guarulhos, SP.

- Lima, M. E. O. (2011). Preconceito. Em L. Camino, A. R. R. Torres, M. E. O. Lima & M. E. Pereira (Orgs.), *Psicologia Social: Temas e Teorias* (pp.589-640). Brasília: Technopolitik.
- Lima, M. E. O., & Almeida, A. M. M. (2010). Representações sociais construídas sobre os índios em Sergipe: ausência e invisibilização. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 20(45), 17-27. doi:10.1590/S0103-863X2010000100004
- Lima, M. E. O., Faro, A., & Santos, M. R. (2016). A desumanização Presente nos Estereótipos de Índios e Ciganos. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), 219-228. doi: 10.1590/0102-37722016012053219228
- Lins, S. L. B., Lima-Nunes, A., & Camino, L. (2014). O papel dos valores sociais e variáveis psicossociais no preconceito racial brasileiro. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 95-105. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/11.pdf>
- Lira, K. F. S. (2016). Hospitais de custódia, tratamento psiquiátrico e violação dos direitos humanos. *Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos*, 4 (2), 143-159. Recuperado de: <http://www2.faac.unesp.br/ridh/index.php/ridh/article/view/394/183>
- Lopes, J. M., & Mourão, L. (2010). Crenças acerca do sistema de treinamento: a predição de variáveis pessoais e funcionais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(2), 197-206. doi:10.1590/S0103-166X2010000200007
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2016). Efeitos do saber-fazer de psicólogos na Saúde Mental do Piauí. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28(1), 37-45. doi:10.1590/1984-0292/1034
- Macedo, J. P., Abreu, M. M., Fontenele, M. G., & Dimenstein, M. (2017). A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 155-170. doi:10.1590/s0104-12902017165827

- Maciel, S. C. (2007). *Exclusão/inclusão social do doente mental/louco: representações e práticas no contexto da reforma psiquiátrica*. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Maciel, S. C., Barros, D. R., Camino, L. F., & Melo, J. R. F. (2011). Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. *Temas em Psicologia*, 19(1), 193-204. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100015&lng=pt&tlng=pt.
- Maciel, S. C., Maciel, C. M. C., Barros, D. R., Sá, R. C. N., & Camino, L. F. (2008). Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF*, 13(1), 115-124. Recuperado de: <http://www.scielo.br/>
- Maciel, S. C., Pereira, C. R., Lima, T. J. S., & Souza, L. E. C. (2015). Desenvolvimento e validação da escala de crenças sobre a doença mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(3), 463-473. doi: 10.1590/1678-7153.201528305
- Marques, J. M., Páez, D., & Pinto, I. R. (2013). Estereótipos: Antecedentes e consequências das crenças sobre os grupos. In: J. Vala & M.B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia Social* (pp.435-492). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Martinhago, F., & Oliveira, W. F. (2015). (Des) institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. *Saúde e Sociedade*, 24(4), 1273-1284. doi:10.1590/S0104-12902015136741
- Martins, G. C. S., Peres, M. A. A., Oliveira, A. M. B., Stipp, M. A. C., & Almeida Filho, A. J. (2013). O estigma da doença mental e as residências terapêuticas no município de Volta Redonda-RJ. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(2), 327-334. doi:10.1590/S0104-07072013000200008

- Martins, P. P. S., & Guanaes-Lorenzi, C. (2016). Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), 1-9. doi:10.1590/0102.3772e324216
- Meirelles, C. V. O. C., & Fonsêca, L. (2015). *Reflexões sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Especialização em atenção básica à saúde mental. Escola de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA.
- Melo, J. R. F. (2017). *Preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia: explicações com base em crenças causais e estereótipos*. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Melo, Z., Pegoraro, N., Santos, M., & Pillon, S. (2016). Atitudes e conhecimentos de técnicos de enfermagem sobre cuidados a pacientes com transtornos mentais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 18.1-12. doi: 10.5216/ree. v18.37746
- Monterrubio, C. (2015). The impact of spring break behaviour: An integrated threat theory analysis of residents' prejudice. *Tourism Management*, 54(2016), 418-427. Recuperado de : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026151771530056X>
- Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em Psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (2009). Os ciganos entre perseguição e emancipação. *Sociedade e Estado*, 24(3), 653-678. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922009000300003&script=sci_abstract&tlng=pt
- Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes.
- Nata, G. (2011). *Diferença cultural e democracia: identidade, cidadania e tolerância na relação entre maioria e minorias*. Tese de Doutorado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal.

- Neto, P. M. R., & Avellar, L. Z. (2015). Identidade social e desinstitucionalização: um estudo sobre uma localidade que recebe residências terapêuticas no Brasil. *Revista Saúde e Sociedade*, 24 (1), 204-216. doi: 10.1590/S0104-12902015000100016
- Nunes, V. S., Torres, M. A., & Zanotti, S. V. (2015). O psicólogo no caps: um estudo sobre oficinas terapêuticas. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 5(2), 135-146. Recuperado de: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/index.php/ecos/article/view/1649>
- Oliveira, A. R. F., & Azevedo, S. M. (2014). Estigma na doença mental: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30(4), 227-234. Recuperado de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732014000400004&lng=pt&tlng=pt.
- Oliveira, F. B., & Fortunato, M. L. (2003). Saúde mental: Reconstruindo saberes em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56 (1), 67-70. doi: 10.1590/S0034-71672003000100014
- Oliveira, M. A. F., Cestari, T. Y., Pereira, M. O., Pinho, P. H., Gonçalves, R. M. D. A., & Claro, H. G. (2014). Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, 38(101), 368-378. .doi:10.5935/0103-1104.20140034
- Oliveira, R. M., Lima, A. E. S., Silva, D. G., Oliveira, M. D. F., & Alves, K. S. M. (2011). Visão de acadêmicos de enfermagem em relação ao cliente portador de transtorno mental. *Cadernos de Ciência da Saúde*, 1 (2), 75-83.
- Otsuka, E. (2017). *O discurso da autonomia em saúde mental: Construção, reprodução, institucionalização e reprodução*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

- Pacheco, J. G. (2009). *Reforma psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência*. Curitiba: Juruá.
- Passos, T. G. C. (2018). *Representações sociais e percepção de ameaça frente aos usuários de drogas: um estudo com profissionais da rede de saúde mental*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Patatas, L. A. C. (2014). *Preconceito, identidade e representações sociais: Relações intergrupais entre estudantes indígenas e não indígenas no ambiente acadêmico*. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Pereira, A. S. L. S., Dias, S. M. P. S., Lima, T. J. S., & Souza, L. E. C. (2017). As crenças sobre a homossexualidade e o preconceito contra homossexuais no ambiente de trabalho. *Temas em Psicologia*, 25(2), 563-575. doi:10.9788/TP2017.2-10
- Pereira, A., Monteiro, M. B., & Camino, L. (2009). Estudo da validação das escalas de crenças sobre a natureza da homossexualidade e de preconceito contra homossexuais. *Laboratório de Psicologia*, 7, 21-32. doi: 10.14417/lp.683
- Pereira, A., Pereira, C. R., & Monteiro, M. B. (2016). Normative pressure to reduce prejudice against homosexuals: The buffering role of beliefs about the nature of homosexuality. *Personality and Individual Differences*, 96, 88–99. doi: 10.1016/j.paid.2016.02.042
- Pereira, C. R., & Souza, L. E. C. (2016). Fatores Legitimadores da Discriminação: Uma Revisão Teórica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32 (2), 1-10. doi:10.1590/0102-3772e322222
- Pereira, C. R., Torres, A. R., Falcão, L., & Pereira, A. S. (2013). O Papel de Representações Sociais sobre a Natureza da Homossexualidade na Oposição ao Casamento Civil e à Adoção por Famílias Homoafetivas. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 29(1), 79-89. doi: 10.1590/S0102-37722013000100010

- Pettigrew, T. F. (1979). The ultimate attribution error: Extending Allports cognitive analysis of prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 5, 461-476.
- Prado, G. A. S. (2016). Revisitando a História da loucura: experiência trágica, exclusão, captura e tutela. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 6 (2), 223-238.
Recuperado de: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1855>
- Ramminger, T. (2002). A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. *Boletim de Saúde*, 16 (1), 111-124.
Recuperado de: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br>
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2012). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: changes in Australia over 8 years. *Psychiatric Research* 197(3), 302-306.
- Resende, N. (1994). Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In S. Costa (Ed.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (pp.15–74). Rio de Janeiro: Vozes.
- Ribeiro, B. V. D. (2015). *Saúde mental, cidadania e televisão: representações da loucura no programa “A Liga”*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Informação e Comunicação da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO.
- Rodrigues, A., Assmar, E. M. L., & Jablonski, B. (2009). *Psicologia Social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Rodrigues, R. C. (2010). *Loucura e preconceito no contexto da reforma psiquiátrica: sujeito, território e políticas públicas*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Rokeach, M. (1960). *The open and closed mind*. Nova York: Basic Books.
- Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings. Distortions in the attribution process. Em L. Berkowitz (Org.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 10, pp. 174-221). NewYork: Academic Press.

- Salles, M. M., & Barros, S. (2014). Da cidadania à realização de projetos de vida: inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24 (4), 1275-1292. Recuperado de: <https://scielosp.org/pdf/physis/2014.v24n4/1275-1292/pt>
- Santos, A. B. (2019). Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. *APS em Revista*, 1(2), 170-179. doi: 10.14295/aps.v1i2.23
- Santos, F. C., Campos, M. S., Figueiredo, Y. V., & Lima, T. H. (2016). Construção e Estudo Preliminar da Escala de Crenças Compartilhadas Sobre Psicólogos. *Psicologia Ensino & Formação*, 7(2), 63-72. doi:10.21826/2179-58002016726572
- Schaller, M. (1991). Social categorization and the formation of group stereotypes: Further evidence for biased information processing in the perception of group-behavior correlations. *European Journal of Social Psychology*, 21, 25-35.
- Schucman, L. V. (2014). Sim, nós somos racistas: estudo psicossocial da branquitude paulistana. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 83-94. doi: 10.1590/S0102-71822014000100010
- Serafim, R. C. N. S., Bú, E. A., Maciel, S. C., Santiago, T. R. S., & Alexandre, M. E. S. (2017). Representações sociais da reforma psiquiátrica e doença mental em universitários brasileiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(1), 221-233. Doi:10.15309/17psd180118
- Sherif, M., Harvey, O. J., White, B. J., Hood, W. R., & Sherif, C.W. (1961/1988). *The Robber's cave experiment: Intergroup conflict and cooperation* (First Wesleyan ed.). Middletown: Wesleyan University Press.
- Silva, G. M., Zanini, D. S., Rabelo, I. V. M., & Pegoraro, R. F. (2015). Concepções sobre o modo de atenção psicossocial de profissionais da saúde mental de um CAPS. *Revista*

- Psicologia e Saúde*, 7(2), 161-167. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000200010&lng=pt&tlng=.
- Silva, M. S., & Zanello, V. M. (2010). Religiosidade e loucura: A influência da religião na forma como o “doente mental” enfrenta a doença. *Psicologia IESB*, 2 (1), 37-47. Recuperado de: <http://php.iesb.br/ojs/index.php/psicologiaiesb/article/viewArticle/25>
- Simoni, D., Lazarini, W. S., & Madureira, R. (2017). Saúde mental e o processo de gestão de serviços residenciais terapêuticos. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 19 (1), 101-107. Recuperado de: <http://www.periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/17724/12150>
- Sousa, K. C. S., & Barros, J. D. V. (2012). Estereótipos étnicos e representações sociais: uma breve incursão teórica. *Revista Educação e Emancipação*, 5(2), 201-226. Recuperado de: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/reducacaoemancipacao/article/view/3259>
- Sousa, P. F., Maciel, S. C., Medeiros, K. T., & Vieira, G. L. S. (2016). Atitudes e Representações em Saúde Mental: Um Estudo com Universitários. *Psico-USF*, 21(3), 527-538. doi: 10.1590/1413-82712016210307
- Souza, V. R. (2014). *Maura, louca? Não, “cansada”: Os desatinos existenciais de uma “hipermulher” nas décadas de 1940/1950*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Stefanovics, E. A., He, H., Cavalcanti, M., Neto, H., Ofori-Atta, A., Leddy, M., Ighodaro, A., & Rosenheck, R. (2016). Witchcraft and Biopsychosocial Causes of Mental Illness: Attitudes and Beliefs About Mental Illness Among Health Professionals in

- Five Countries. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204 (3), 169-174. doi: 10.1097/NMD.0000000000000422
- Stephan, W. G., Diaz-Loving, R., & Duran, A. (2000). Integrated threat theory and intercultural attitudes: Mexico and the United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31(2), 240-249. doi: 10.1177/0022022100031002006
- Stephan, W. G., Ybarra, O., & Bachman, G. (1999). Prejudice toward immigrants. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(11), 2221-2237. doi: 10.1111/j.1559-1816.1999.tb00107.x
- Stephan, W. G., Ybarra, O., & Morrison, K. R. (2009). Intergroup threat theory. In T. D. Nelson (Ed.), *Handbook of prejudice* (pp. 43-60). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Stephan, W. G., & Stephan, C.W. (2000). An integrated threat theory of prejudice. In S. Oskamp (Ed.), *Reducing prejudice and discrimination*(pp.23-46). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Szasz, T. (1978). *A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento da saúde mental*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Tajfel, H. (1972). La catégorisation sociale. Em Serge Moscovici (Org.), *Introduction à la psychologie sociale* (vol. 1, pp. 272-302). Paris: Larousse.
- Tajfel, H. (1978). The psychological structure of intergroup relations. Em Henri Tajfel(Org.), *Differentiations between social group* (pp. 27-98). Londres: Academic Press.
- Tajfel, H. (1980). Comportamento intergrupo e psicologia social da mudança. In A. Barroso, B. J. Silva, J. Vala, M. Monteiro, & H. Catarro (Orgs.), *Mudança social e psicologia social* (pp. 13-24). Lisboa: Livros Horizonte.
- Tajfel, H. (1981). *Human Groups and Social Categories: Studies in Social Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Techio, E. (2011). Estereótipos sociais como preditores das relações intergrupais. In E. M. Techio & M. E. O. Lima (Eds.), *Cultura e produção das diferenças: Estereótipos e preconceito no Brasil, Espanha e Portugal* (pp. 21-75). Brasília, DF: TechnoPolitik.
- Torres, T. L., Camargo, B. V., & Bousfield, A. B. S. (2016). Estereótipos sociais do idoso para diferentes grupos etários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), 209-218. doi:10.1590/0102-37722016012114209218
- Turner, J.C., Brown, R., & Tajfel, H. (1979). Social comparison and group interest in ingroup favouritism. *European Journal of Social Psychology*, 9, 187-204.
- Turner, J.C., & Oakes, P.J. (1986). The significance of the social identity concept for social psychology with reference to individualism, interactionism and social influence. *British Journal of Social Psychology*, 25, 231-252.
- Vala, J. (2006). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In J. Vala & M. B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia social* (pp. 457-502). Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- Wagner, L. C., Borba, E. C., & Silva, M. S. (2015). Inclusão ocupacional: perspectiva de pessoas com esquizofrenia. *Revista Psicologia em Estudo*, 20 (1), 83-94. doi:10.4025/psicolestud.v20i1.25522

ARTIGOS EMPÍRICOS

ARTIGO 2

PARADIGMA BIOMÉDICO X PSICOSSOCIAL: ONDE SÃO ANCORADAS AS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO? ¹

PSYCHOSOCIAL X BIOMEDICAL PARADIGM: WHERE ARE THE SOCIAL
REPRESENTATION ANCHORED IN THE PSYCHIC SUFFERING?

PARADIGMA BIOMÉDICO X PSICOSOCIAL: ¿DÓNDE ESTÁN ANCLADAS LAS
REPRESENTACIONES SOCIALES ACERCA DEL SUFRIMIENTO PSÍQUICO?

Patrícia Fonseca de Sousa

Silvana Carneiro Maciel

¹ Artigo publicado na revista Temas em Psicologia no ano de 2018.

Resumo

Este estudo tem como objetivo conhecer as representações sociais de profissionais da saúde mental, universitários da área da saúde e estudantes do ensino médio acerca do louco e do doente mental, relacionando-as aos paradigmas de atenção à saúde mental. A amostra dessa pesquisa foi formada por 150 participantes, sendo 50 de cada grupo social. Para a coleta de dados, foi usada a TALP (Técnica de Associação Livre de Palavras), com os estímulos louco e doente mental. Os dados foram analisados no programa *Tri-Deux-Mots*, por meio da Análise Fatorial de Correspondência. Os estudantes do ensino médio e os universitários apresentaram representações do louco e do doente mental ancoradas no paradigma biomédico, o qual enfatiza a medicalização e a hospitalização na assistência à saúde mental; já os profissionais apresentaram representações ancoradas no paradigma psicossocial, o qual norteia as ideias da Reforma Psiquiátrica. Percebe-se que apesar de a assistência em saúde mental no Brasil ser pautada nos preceitos da reforma, ainda há na sociedade uma visão negativa do doente mental/louco ancorada no paradigma biomédico, a qual reforça a exclusão e manutenção do estigma social frente a esses sujeitos.

Palavras-chave: Louco, doente mental, representação social, paradigma biomédico, paradigma psicossocial.

Abstract

This study aims to know the social representation of mental health professionals, university students from the health area and secondary school students on the crazy person and mentally ill person, regarding the paradigms of attention to mental health. The sample of this research was composed of 150 participants, being 50 of each social group. For data collection, the TALP (Technique of Free Association of Words) was used, with the prompts crazy and mentally ill person. Data were analyzed in the software *Tri-Deux-*

Mots, through Factorial Analysis of Correspondence. The secondary school students and university students presented representation of crazy person and mentally ill person anchored in the biomedical paradigm, which emphasizes medicalization and hospitalization on the mental health assistance. The professionals on the other hand presented representation anchored in the psychosocial paradigm, which guides the ideas of the Psychiatric Reform. It is recognised that although the mental health assistance in Brazil is based on the principles of the Reform, there is still a negative view of the mentally ill person/crazy person from the society anchored in the biomedical paradigm, which reinforces the exclusion and maintenance of the social stigma facing these subjects.

Key-Words: Crazy Person, Mentally Ill Person, Social Representation, Biomedical Paradigm, Psychosocial Paradigm.

Resumen

El objetivo fue conocer las representaciones sociales de profesionales de salud mental, estudiantes de la salud y de enseñanza secundaria sobre locos y enfermos mentales, relacionándose los paradigmas de la atención a la salud mental. Muestra formada por 150 participantes, 50 de cada grupo social. Para recolección de datos, se utilizó la Técnica de Asociación Libre de Palabras, con estímulos locos y enfermos mentales. Datos analizados en el software *Tri-Deux-Mots*, a través del análisis factorial de correspondencia. Los estudiantes de enseñanza secundaria y los universitarios presentaron representaciones de loco y enfermo mental ancladas en el paradigma biomédico, que hace hincapié a la medicalización y hospitalización en la atención de salud mental; ya los profesionales presentaron representaciones ancladas en el paradigma psicosocial, que guía las ideas de la Reforma Psiquiátrica. Se percibió que a pesar de la atención en salud mental en Brasil se basada en los preceptos de la Reforma, todavía hay en la sociedad visión negativa de

enfermos mentales/loco anclada en el paradigma biomédico, lo que refuerza la exclusión y el mantenimiento del estigma social delante de estos sujetos.

Palabras clave: Loco, enfermo mental, representación social, paradigma biomédico, paradigma psicosocial.

Introdução

O cuidado em saúde mental, anterior ao movimento da Reforma Psiquiátrica, era atribuído aos grandes manicômios, denominados por Goffman (2008) como um tipo de Instituição Total, onde um grande número de indivíduos era separado da sociedade mais ampla, por considerável período de tempo, levando uma vida fechada e formalmente administrada. Essas instituições tinham a missão de excluir do meio social as pessoas em sofrimento psíquico, sob a justificativa de tratar para depois devolver reabilitadas para o convívio social. Entretanto, tal discurso não tinha sustentação prática dentro dos muros dos hospitais psiquiátricos, os quais operavam na lógica da segregação, produzindo a perda da identidade, redução dos sujeitos à doença mental - entendida como desvio social ou moral - apresentando, portanto, precárias possibilidades terapêuticas (Emerich, Campos, & Passos, 2014; Silva, Simpson, & Dantas, 2014).

O movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciado nos anos 1970, implementou um conjunto de transformações no contexto da assistência à saúde mental, com o intuito de romper com a hegemonia do modelo asilar, o qual segregava e excluía a pessoa em sofrimento psíquico. Para tanto, houve um novo direcionamento nas políticas de saúde mental, na perspectiva de uma transição paradigmática, buscando a superação do paradigma biomédico e estabelecimento do paradigma psicossocial de atenção à saúde mental (Fonseca & Jaeger, 2012).

Segundo Costa-Rosa (2000), o paradigma biomédico tem o hospital psiquiátrico como o local típico para o tratamento; os meios de trabalho incluem recursos multiprofissionais, mas não ultrapassam a fragmentação de tarefas e a supervalorização do saber médico; há ênfase nas determinações orgânicas dos problemas (doenças) e na terapêutica medicamentosa. Outra peculiaridade desse modelo é a exclusão de familiares e dos usuários de qualquer participação no processo de tratamento.

Em contraposição, o paradigma psicossocial, advindo com a Reforma Psiquiátrica, caracteriza-se pelo trabalho em equipe interprofissional e pelo uso de diferentes recursos terapêuticos, enfatizando a reinserção social do indivíduo, investindo no trabalho com a família, com a comunidade e com o próprio sujeito, incentivando o uso de dispositivos extra-hospitalares. Esse paradigma propõe a promoção de uma assistência eficaz e humanizada, redução das internações manicomiais, participação da família, da comunidade e dos usuários como corresponsáveis na reabilitação e na reintegração social. Assim, o paradigma psicossocial caracteriza-se como uma diretriz da reforma assumindo o importante papel de nortear a construção de novas práticas e serviços em saúde mental (Costa-Rosa, 2000; Maciel, 2007; Neto & Amarante, 2013; Silva, et al., 2014).

A Reforma Psiquiátrica é considerada um importante marco histórico que conduziu amplas mudanças na assistência à saúde mental. Essa política surgiu com o intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas em sofrimento psíquico, resgatando sua cidadania e sua liberdade, reinserindo-as na família e na sociedade como sujeitos de direito. No Brasil, a reforma foi institucionalizada no ano de 2001, quando foi sancionada a Lei nº 10.216 ou Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Porém, passada mais de uma década de aprovação da Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, a relação da sociedade com a pessoa em sofrimento psíquico ainda se mostra alicerçada em aspectos socioculturais construídos ao longo do período asilar, os quais são marcados pelos

estereótipos de periculosidade, irracionalidade, imprevisibilidade, pela ideia de enclausuramento e propostas do ultrapassado paradigma biomédico. Como consequência, as pessoas em sofrimento psíquico ainda são, recorrentemente, alvos de preconceito, de estigmatização e das mais severas formas de exclusão social (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, & Kubiak, 2003; Costa, Jorge, Coutinho, Costa, & Holanda, 2016; Maciel, Barros, Camino, & Melo, 2011).

É nesse cenário desafiador que, paulatinamente, o movimento da Reforma Psiquiátrica busca alterar concepções, reconstruir representações arraigadas e convocar a sociedade a refletir e a produzir mudanças, com o objetivo de desenvolver estratégias que possam abrir possibilidades de respeito aos direitos sociais das pessoas em sofrimento psíquico e, assim, romper com a cultura de exclusão construída através dos tempos (Martins, Soares, Oliveira, & Souza, 2011).

Sobre isso, Maciel, Barros, Silva e Camino (2009) ressaltam que para haver transformação nessa realidade é necessário muito mais que uma mudança nos dispositivos institucionais, é preciso que o modelo asilar seja superado quantitativa e qualitativamente, é necessário que haja uma reestruturação social segundo uma lógica oposta a essa ideia: a lógica da desospitalização e da inclusão social.

Nesse contexto de transformações, a comunidade tem um papel preponderante, pois esta deve estar preparada para receber em seu cotidiano os usuários desospitalizados. Devido a isso, ressalta-se a importância de se tomar diferentes segmentos sociais como objeto de estudo, uma vez que a reforma atribui papel fundamental à interação sociedade-pessoa em sofrimento psíquico, com vista à inclusão social. Assim, esse estudo envolve três grupos sociais distintos e tem como objetivo conhecer as representações sociais de profissionais da saúde mental, universitários da área da saúde e estudantes do ensino

médio acerca do louco e do doente mental, relacionando-as aos paradigmas de atenção à saúde mental.

Cabe ressaltar que se optou por usar os termos doente mental e louco pelo fato de esses, ainda, serem comumente usados pela população para referir-se às pessoas que apresentam algum sofrimento psíquico. Tais termos foram utilizados ao longo da história, desde a compreensão do louco enquanto associado a algo mítico-religioso, até a apropriação do saber médico da doença mental (Pessotti, 1994); e ainda são amplamente utilizados no senso comum; parecem ser, portanto, os mais apropriados para a apreensão das representações sociais.

Na tentativa de compreender esse cenário complexo da saúde mental será adotado como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais. Essa teoria é um instrumento que permite examinar em que se transforma um conhecimento científico quando este passa para o domínio comum, de apropriação pela população, unindo a dimensão subjetiva e a objetiva, possibilitando a construção da realidade social. As representações sociais se apresentam como uma maneira de interpretar e pensar a realidade cotidiana, são uma forma de conhecimento desenvolvida pelos indivíduos para fixar suas posições em relação a situações, eventos e objetos; além de estarem intimamente relacionadas às práticas sociais (Moscovici, 2012).

Para Camargo (2015), trata-se de uma teoria do conhecimento social contemporâneo que está fundamentada em uma leitura integrativa dos sistemas de comunicação social, permitindo não só identificar o conteúdo do pensamento cotidiano dos leigos sobre objetos importantes para sua vida, mas também compreender os processos de construção desse tipo de saber e seu papel sobre as atividades e situações que os envolvem.

Assim, por seu importante papel na orientação de condutas e práticas sociais, as representações são valiosos instrumentos de análise dos diversos fenômenos sociais. Nesse sentido, tal teoria será adotada nesse estudo na tentativa de compreender a relação entre a sociedade e adoecimento mental, no atual contexto da saúde mental, respaldado pela Reforma Psiquiátrica.

A representação social pode ser entendida como uma modalidade de conhecimento particular, que tem como finalidade a comunicação entre os indivíduos e a elaboração de comportamentos, sendo conjuntos simbólicos que são, ao mesmo tempo, práticos e dinâmicos (Moscovici, 2012). Jodelet (2005) descreve as representações sociais como conhecimento prático orientado para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que o ser humano vive. Dessa forma, as representações sociais são importantes ferramentas que auxiliam na compreensão de informações, posicionamento e justificativa de ações das pessoas.

Coutinho e Costa (2015) pontuam que ter acesso as representações sociais de um objeto é tentar compreender as formas que os indivíduos utilizam para criar, transformar e interpretar um fenômeno vinculado a sua realidade. Além disso, as representações sociais permitem conhecer pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida compartilhadas pelos indivíduos, tendo em vista sua pertença grupal.

Portanto, as representações sociais desempenham um papel importante na vida das pessoas na medida em que funcionam como guia no modo de nomear e de definir os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e posicionar-se frente a eles (Jodelet, 2001). Assim, as representações sociais elaboradas por diferentes segmentos da sociedade, acerca do doente mental e do louco são valiosos recursos para compreender as práticas desenvolvidas e sustentadas no âmbito da saúde mental.

Método

Participantes

A amostra dessa pesquisa foi formada por 150 participantes, sendo 50 estudantes do ensino médio de escolas públicas e privadas, com média de idade de 17 anos ($DP = 6,24$), de ambos os sexos (Masculino: 58%, Feminino: 42%); 50 estudantes universitários, dos cursos de psicologia, medicina e enfermagem, de instituições públicas e privadas, a maioria do sexo feminino (82%) e com média de idade de 24 anos ($DP = 5,98$); 50 profissionais da saúde mental, a amostra incluiu psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social e técnico de enfermagem, que trabalhavam em CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e em hospital psiquiátrico, a maioria do sexo feminino (76%), com média de idade de 42 anos ($DP=12,3$). Desse modo, cada grupo social correspondeu a 33,3% da amostra dessa pesquisa. Cabe acrescentar que a amostra foi selecionada por um procedimento não probabilístico, amostragem por conveniência. A escolha desses três grupos sociais está respaldada nas diferentes aproximações que esses possuem com o campo da saúde mental: estudantes do ensino médio não possuem um conhecimento formal acerca da temática; universitários possuem um contato acadêmico com o tema e os profissionais além do contato acadêmico adquirido durante a formação, possuem uma vivência prática. Entende-se que essas diferentes aproximações com o contexto da saúde mental permitirão um maior leque de conhecimento acerca do fenômeno estudado, na sociedade atual.

Instrumentos

Para a coleta de dados utilizou-se a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), técnica usada nas pesquisas sobre as representações sociais, que consiste em solicitar aos

participantes que digam as palavras ou expressões que lhes venham imediatamente à lembrança, quando um estímulo indutor for apresentado pelo pesquisador (Nóbrega & Coutinho, 2011). A TALP foi utilizada com os seguintes estímulos indutores: doente mental e louco. Cabe ressaltar que os estímulos indutores foram apresentados aos participantes nessa ordem. Por fim, os participantes responderam um questionário sociodemográfico (Ex: idade, sexo, grupo social, que se refere aos três grupos que compõem a amostra: estudantes do ensino médio, universitários e profissionais da saúde mental) para a caracterização da amostra.

Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, foram realizadas visitas às instituições, com o objetivo de apresentar a proposta de pesquisa e obter a autorização para a sua execução. Após a autorização, iniciou-se a coleta de dados. Primeiro, foram fornecidas informações aos participantes sobre o objetivo do estudo, a inexistência de respostas certas ou erradas, o direito de optar por participar ou não e a garantia de anonimato. Com relação aos estudantes do ensino médio, a coleta aconteceu nas escolas e de maneira coletiva. Sobre os universitários, a coleta se deu nas salas de aula e de maneira coletiva. Quanto aos profissionais de saúde mental, os dados foram coletados de maneira individual, nas instituições onde estes trabalhavam. Cabe mencionar que o aceite em participar do estudo se deu por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Vale ressaltar que aos estudantes de ensino médio além do TCLE, foi acrescentado o Termo de Assentimento.

Procedimentos de análise dos dados

Para a análise das evocações, utilizou-se o programa *Tri-Deux-Mots*, versão 2.2 (Cibois, 1995), esse *software* abarca um conjunto de cinco subprogramas computacionais,

Impmot, *Tabmot*, *Ecapem*, *Anecar* e *Planfa*, e permite, entre outras modalidades de análise dos dados, a Análise Fatorial de Correspondência (AFC). A AFC é uma técnica que evidencia as relações entre as variáveis de opinião (respostas aos estímulos indutores) e as variáveis fixas (dados sociodemográficos) específicas dos indivíduos ou grupos. As respostas dadas aos estímulos indutores são chamadas de “modalidades de contribuição”, na medida em que servem para a construção dos fatores que compõem o plano fatorial. Desse modo, AFC é uma técnica que permite apontar os vínculos existentes entre as características dos indivíduos que formam o grupo e suas respostas a um determinado estímulo (Saraiva, Coutinho, & Miranda, 2011). Já os dados sociodemográficos foram tabulados e analisados por meio do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS) para Windows, versão 21.0, foram realizadas análise de frequência e porcentagem (estatística descritiva).

Procedimentos éticos

Foram resguardados todos os cuidados éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do comitê de ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, Protocolo nº. 0543/2015.

Resultados e Discussão

Com o propósito de conhecer as representações sociais de estudantes do ensino médio, universitários da área da saúde e profissionais da saúde mental acerca dos objetos de interesse, relacionando-as aos paradigmas de atenção à saúde mental os dados advindos da técnica de associação livre de palavras foram processados no programa computacional *Tri-Deux-Mots*. Esse programa foi utilizado com a finalidade de

representar graficamente a aproximação e o distanciamento entre as variáveis fixas e as variáveis de opinião apresentadas pelos participantes do estudo. Tais variáveis foram constituídas tendo em vista o questionário sociodemográfico e as evocações dos participantes diante dos estímulos indutores na associação livre.

As variáveis de opinião corresponderam às evocações dos participantes diante dos estímulos “doente mental” (estímulo 1) e “louco” (estímulo 2), já as variáveis fixas envolveram algumas características dos participantes, evidenciadas no questionário sociodemográfico, como por exemplo grupo social, que se refere aos três diferentes grupos que compõem a amostra deste estudo: estudantes do ensino médio, universitários e profissionais da saúde mental.

A Figura 1 apresenta o plano fatorial de correspondência das representações sociais elaboradas pelos participantes da pesquisa, que foi construído a partir das palavras evocadas, distribuídas de maneira antagônica sobre os dois fatores (fator 1 e fator 2) do gráfico. Foram registradas 1499 palavras como respostas dos participantes aos estímulos indutores; destas, 417 foram palavras diferentes, como resultado da junção dos termos com similaridade semântica executada pelo programa.

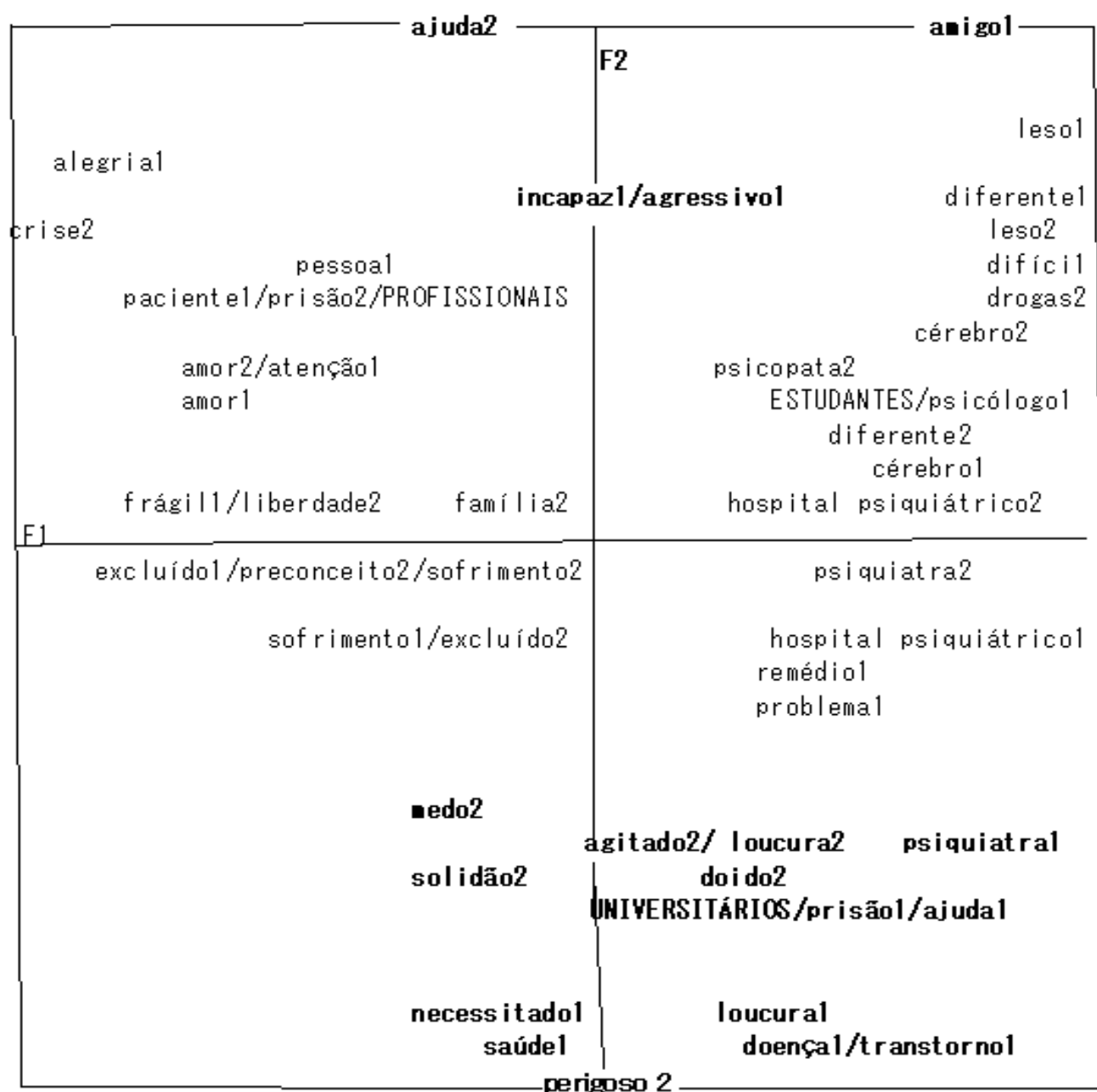


Figura 1. Plano fatorial de correspondência das representações acerca do doente mental (1) e louco (2), produzidas por estudantes do ensino médio, universitários e profissionais da saúde mental.

No primeiro fator (F1), representado pela linha horizontal na cor cinza, encontram-se as representações de valor estatístico mais significativo, explicando 67,8% da variância total das respostas. Já o segundo fator (F2), representado pela linha vertical em negrito, representa 24,2% da variância total das respostas. A soma das variâncias dos dois fatores totaliza 92%, o que é satisfatório para a interpretação dos resultados (Coutinho, Nóbrega, & Araújo, 2011).

Observa-se, na figura 1, a oposição entre as representações elaboradas por estudantes do ensino médio, universitários da área da saúde e profissionais da saúde mental. No fator 1 no lado esquerdo do plano, encontram-se as variáveis de opinião explicitadas pelos profissionais da saúde mental. O doente mental (estímulo 1), foi representado por esse grupo como *pessoa*, tal palavra denota uma percepção da pessoa em sofrimento psíquico como alguém semelhante aos indivíduos ditos “comuns”, não acometidos por transtornos mentais. Tal achado pode ser considerado um avanço, já que em períodos históricos anteriores, esses sujeitos foram considerados como seres infra-humanos, mais próximos dos instintos dos animais do que dos seres humanos (Foucault, 2012; Gil, 2010; Pessotti, 1994; Pessotti, 2001; Szazs, 1978). Pesquisa realizada por Paes, Borba, Labronici e Maftum (2010), com enfermeiros, acerca das percepções sobre o doente mental, encontrou dados semelhantes ao desse estudo, os enfermeiros definiram o doente mental como ser humano.

O doente mental foi objetivado pelos profissionais ainda como um *paciente*, como alguém *frágil*, que necessita de *amor*, *atenção*, que enfrenta *sofrimento* e que é *excluído*. Observa-se, de modo geral, uma representação social do doente mental ancorada no paradigma psicossocial, uma vez que este é percebido como um sujeito e não como reduzido unicamente a uma doença. Há uma compreensão do sofrimento enfrentado por esses indivíduos; das dificuldades vivenciadas no cotidiano, marcado pela *exclusão*, que

resulta do fato de esses sujeitos serem percebidos de forma notadamente negativa pela sociedade (Maciel, et al., 2011) e de suas necessidades concretas, incluindo as psicológicas e as subjetivas, exemplo disso são os termos *amor* e *atenção*. Assim, pode-se identificar nas evocações desses profissionais uma postura de resistência diante do paradigma biomédico ainda hegemônico e o termo “pessoa” parece ser mencionado na direção de afirmar a igualdade das pessoas que apresentam transtornos mentais.

Na medida em que a Reforma Psiquiátrica não constitui apenas uma rede de serviços que se propõe a substituir o manicômio, mas sim um outro paradigma de cuidado (Oliveira & Caldana, 2016), tal representação vai na mesma direção dessa proposta, favorecendo o desenvolvimento de uma nova concepção sobre tratar/cuidar em saúde mental, que tem como características o fato de o objeto a ser abordado deixar de ser a doença e abarcar agora fatores sociais, culturais, políticos e econômicos como determinantes do processo de adoecimento; o fato de os meios de trabalho migrarem de práticas predominantemente medicamentosas para o sujeito como agente fundamental do tratamento, juntamente com a família e a comunidade; a presença de equipe interprofissional e o resultado esperado deixar de ser a cura, enquanto remissão de sintomas e adaptabilidade submissa às normas, para ser uma ética do cuidado que respeite e valorize os aspectos subjetivos da existência humana (Lancetti & Amarante, 2006).

Quanto à palavra louco (estímulo 2), essa foi associada aos seguintes termos *crise, prisão, sofrimento, preconceito, excluído, amor, ajuda, família e liberdade*. Pode-se observar a presença de alguns elementos negativos na representação do louco, destacando-se o preconceito e exclusão, como resultado de um tratamento baseado na reclusão devido às constantes crises. Emergiram também com relação a esse estímulo evocações que remetem a uma assistência em consonância com o paradigma psicossocial, caracterizada, por exemplo, pela presença de *ajuda, amor, família* e tratamento em

liberdade. Apesar de o louco ter sido representado como alguém que apresenta maior descontrole, devido às constantes crises, os profissionais destacaram importância de uma assistência caracterizada pela inclusão social, como preconiza a Reforma Psiquiátrica (Costa-Rosa, 2000).

O cuidado em saúde mental no Brasil, nas últimas décadas, tem apresentado transformações das mais diversas ordens. Desde o marco inicial dessas mudanças, o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental na década de 1970, passando pela aprovação da Lei nº 10.216 em 2001, até suas subsequentes alterações, percebe-se uma gama significativa de ações que tem como propósito alterar a realidade da assistência em saúde mental, favorecendo o processo de desinstitucionalização por meio da criação e ampliação da rede de cuidados. Nesse sentido, as representações sociais dos profissionais da saúde mental observadas nessa pesquisa parecem ser um reflexo desse contexto de avanços (Ribeiro, 2013).

Ainda no fator 1, lado direito do plano, observam-se as evocações dos estudantes do ensino médio. Esse grupo objetivou o doente mental como *diferente, leso, amigo, incapaz, difícil, problema*, alguém que precisa de *remédio*, de um *psicólogo*, indivíduo que está no *hospital psiquiátrico*, que deve ser mantido afastado por ser *agressivo* e que tem um problema localizado no *cérebro*. De maneira contrária aos profissionais, que enxergaram o doente mental como alguém semelhante às pessoas ditas normais, os escolares o perceberam como alguém incomum, discrepante dos demais, destaca-se o termo *diferente*. O doente mental foi percebido também por esses indivíduos como alguém infantilizado, ressaltando-se o termo *leso* (palavra comumente usada no contexto nordestino para referir-se à pessoa boba); também se identificaram evocações que caracterizam práticas enclausurantes e medicalizadoras, uma vez que esse sujeito foi visto

como uma ameaça e acometido por uma doença de fundamento orgânico, localizada no cérebro.

Dessa forma, identificou-se uma representação do doente mental ancorada no paradigma biomédico, o qual apresenta uma visão orgânica dos problemas e a eficácia do tratamento na medicação, existindo pouca ou nenhuma preocupação com o indivíduo ou com seus vínculos. Conforme esse paradigma, a pessoa em sofrimento psíquico deve ser tratada em hospitais psiquiátricos e mantida afastada do convívio social, pois representa uma ameaça à sociedade (Costa-Rosa, 2000; Costa-Rosa, 2012; Mondoni & Costa Rosa, 2010).

Sobre o estímulo louco, esse foi objetivado pelos escolares como *leso*, *hospital psiquiátrico*, *psiquiatra*, *cérebro*, *diferente*, *psicopata* e *drogas*, e ancorado no paradigma biomédico. Destaca-se uma visão do louco associado a maior temor e perigo, por meio das evocações *psicopata* e *drogas*. Ochoa et al. (2011) menciona que a sociedade comumente associa a loucura ao uso de drogas, apontando as drogas como causadoras dos transtornos mentais e isso gera ainda mais preconceito, pois associa-se a imagem do louco a outro grupo estigmatizado, os usuários de drogas.

Sobre a relação entre loucura e perigo, com destaque para a evocação *psicopata*, Salles e Barros (2013) pontuam que a imagem de um assassino conturbado, psicótico, é repetidamente veiculada em jornais e filmes; sugerindo a associação entre loucura e perigo; essa concepção, amplamente divulgada na sociedade pelos meios de comunicação, instaurou-se no senso comum. Apesar de difundida na sociedade, a informação de que toda pessoa em sofrimento psíquico é potencialmente perigosa não encontra confirmação nos estudos acadêmicos e parece estar respaldada nos mais de duzentos anos de aprisionamento e isolamento do louco por parte do saber médico. (Guarniero, Bellinghini, & Gattaz, 2012; Salles & Barros, 2013).

De acordo com Salles e Barros (2013) na origem dos hospitais psiquiátricos está o conceito de que toda pessoa em sofrimento psíquico é perigosa. Tal conceito, criado a partir da ideologia dominante da época, vem sendo endossado e difundido na sociedade, instalando-se no senso comum. Conforme a ideologia da época, a função dos hospitais psiquiátricos não era de tratar o doente, mas de proteger os sãos dos excessos e da periculosidade do louco.

No fator 2, parte inferior do plano, observa-se o campo semântico elaborado pelos estudantes universitários em relação ao primeiro estímulo indutor: doente mental. Esse foi associado à *doença, transtorno, saúde, psiquiatra, necessitado, ajuda, loucura, prisão*. Pode-se identificar, entre os universitários, uma representação do doente mental ancorada no paradigma biomédico, o qual enfoca a hospitalização e exclusão social. Percebe-se uma aproximação da representação social do doente mental elaborada pelos estudantes do ensino médio e pelos universitários.

Sobre o paradigma biomédico e o ensino nas universidades, Funghetto (2015) afirma que a formação dos profissionais da saúde ainda é marcada pelo modelo biomédico, fragmentado e especializado, e isso dificulta uma intervenção mais ampla no processo saúde-doença da população. Com relação à formação específica no campo da saúde mental, observa-se um reflexo desse contexto, Oliveira, Carvalho, Carvalho e Junior (2013) pontuam que nas universidades a educação em saúde mental ainda está centrada no modelo da psiquiatria tradicional, com um enfoque distante da crítica da realidade, formando profissionais no contexto dos novos serviços, mas com os velhos referenciais teóricos e metodológicos. Assim, percebe-se que a formação universitária a partir dos novos conceitos de assistência em saúde mental é algo que apresenta dificuldades de efetivação.

Quanto ao estímulo louco, esse foi associado a *perigoso, medo, agitado, solidão, loucura e doido*, evidenciando uma representação ancorada no paradigma biomédico e associada ao temor, aproximando-se da representação social do louco elaborada pelos escolares, com visão do louco marcada pelo descontrole e periculosidade.

Percebe-se, com relação aos três grupos sociais, que as representações do doente mental e do louco são divergentes. De maneira geral, o doente mental foi visto de forma mais positiva pelos profissionais, escolares e universitários, quando comparado ao louco, sendo a representação desse elaborada pelos escolares e universitários associada ao temor.

Para o termo doente mental emergiram evocações como: *frágil, necessitado, ajuda*; já para o termo louco observaram-se palavras como: *psicopata, medo, drogas*. Dados semelhantes a esses foram achados por Maciel, et al. (2011) em um estudo com familiares de pacientes da saúde mental, esses familiares representaram o doente mental como: filho e bom, já o louco foi representado como aquele que causa medo. Nesse sentido, conforme Maciel (2007), o louco é aquele que provoca medo no imaginário popular e conseqüentemente deve ser excluído.

Os resultados do presente estudo indicaram uma maior aproximação entre os conteúdos representacionais dos escolares e dos universitários, e um maior distanciamento entre os conteúdos representacionais dos profissionais e desses dois outros grupos sociais. Os estudantes do ensino médio e os universitários apresentaram representações do louco e do doente mental mais ancoradas no paradigma biomédico, ao passo que os profissionais apresentaram representações mais ancoradas no paradigma psicossocial. Tal resultado pode ser atribuído ao fato de tanto os escolares, quanto os universitários estarem mais afastados do campo da saúde mental, quando comparados aos profissionais, visto que esses estão imersos nesse contexto, convivendo de maneira mais intensa com os avanços e retrocessos do campo da saúde mental e estão cotidianamente

em contato com os princípios da reforma, além de apresentarem maior convivência com pessoas em sofrimento psíquico.

Acerca da convivência com pessoas em sofrimento psíquico, Salles e Barros (2013) pontuam que atitudes estigmatizadoras com relação a indivíduos que apresentam transtornos mentais podem estar associadas a estereótipos que são endossados quando não existe conhecimento adequado, ou quando há pouco contato com esses sujeitos, de modo a corrigi-los. Pesquisas indicam que quanto maior o contato e a familiaridade com pessoas com transtornos mentais, menor tende a ser o preconceito (Angermeyer & Matschinger, 2004; Arvaniti, Samakouri, Kalamara, Bochtsou, & Livaditis, 2009; Corrigan, Edwards, Green, Thwart, & Perm, 2001).

Os estudos supracitados corroboram a Hipótese do Contato Interpessoal de Allport (1954/1979), a qual propõe que o preconceito está fortemente relacionado ao contato interpessoal estabelecido entre o grupo minoritário (no caso específico deste trabalho as pessoas em sofrimento psíquico) e o majoritário (pessoas que não possuem transtornos mentais). Conforme tal perspectiva, o contato regular com membros de um outro grupo pode promover a redução de estereótipos a partir do contato com novas informações sobre o grupo minoritário.

Portanto, as diferentes inserções sociais, vivências e aproximações com o campo da saúde mental desses grupos sociais exerceram influência na construção das representações, as quais, por sua vez, sinalizam os seus modos de pensar acerca do fenômeno do adoecimento mental, que refletem na maneira que são estabelecidas as relações sociais com as pessoas em sofrimento psíquico (Jodelet, 2001; Moscovici, 2012).

Considerações finais

Diante dos resultados encontrados nessa pesquisa, pode-se perceber que ainda impera na atual sociedade, onde a atenção à saúde mental é pautada na Reforma Psiquiátrica, uma representação do doente mental/louco mais ancorada no paradigma biomédico, reforçando a exclusão e a manutenção do estigma social.

Os achados dessa pesquisa apontaram ainda que estes objetos representacionais, doente mental e louco, possuem conotações diferentes no imaginário social, de modo que a representação social do louco foi mais vinculada à periculosidade e à agressividade, quando comparada a do doente mental, que foi visto como um paciente que precisa de cuidados.

Tendo em vista que as representações sociais podem ser transformadas por meio de ações no contexto social, torna-se importante a realização de trabalhos com o intuito de auxiliar a sociedade na compreensão mais realista e menos estigmatizada das pessoas em sofrimento psíquico. Nesse processo, cabe ressaltar o importante papel das escolas e universidades, sendo fundamental que tais instituições abordem de maneira crítica temáticas acerca da saúde mental, enfatizando uma visão mais inclusiva, realista e humanizada acerca das pessoas em sofrimento psíquico.

Para que a inclusão social da pessoa em sofrimento psíquico se efetive é preciso lidar com a herança cultural que estabelece o conceito de que as pessoas com transtornos mentais devem ser temidas e excluídas, enfrentar preconceitos e criar novas possibilidades de compreender o adoecimento mental, para tanto são necessários trabalhos contínuos em toda a comunidade, com o intuito de auxiliá-la na compreensão dos aspectos que envolvam à saúde mental.

Espera-se que esse estudo traga à tona reflexões sobre as representações dos transtornos mentais, fornecendo dados para ajudar na efetivação da Reforma Psiquiátrica

no cenário nacional. Em especial, espera-se que forneça dados que permitam as escolas e as universidades refletirem acerca da formação dada para o trabalho e a convivência em um contexto pautado pela inclusão das pessoas em sofrimento psíquico. Sugere-se que o tema da saúde mental seja amplamente discutido não apenas nessas instituições, mas nos vários contextos sociais. Cabe ressaltar que, na medida em que as representações sociais estão ligadas as práticas sociais, o conhecimento e a análise de tais representações, no contexto da saúde mental, consistem em um passo fundamental para a busca de transformações nesse cenário, com vistas a inclusão real da pessoa em sofrimento psíquico.

Podem-se apontar como limitação desse estudo a diferença nos procedimentos de coleta de dados entre os grupos (coletiva e individual), tal diferença pode ter gerado algum efeito no padrão de resposta entre os grupos; como também o fato de a amostra ter sido selecionada de maneira não probabilística, o que não permite a generalização dos resultados. Apesar disso, os achados desse estudo são de grande relevância por descortinarem as representações estereotipadas acerca da doença mental e reforçadoras de preconceito.

É importante que outros estudos acerca desse tema sejam realizados, como por exemplo pesquisas que repliquem o presente estudo em outras regiões ou em outras amostras, como também estudos mais amplos que busquem identificar na sociedade elementos que contribuam para a efetivação da Reforma Psiquiátrica e que abordem o preconceito frente a pessoa em sofrimento psíquico.

Referências

Alport, G. W. (1954/1979). *The nature of prejudice*. New York: Addison-Wesley Publishing Company.

- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2004). The Stereotype of Schizophrenia and Its Impact on Discrimination Against People with Schizophrenia: Results from a Representative Survey in Germany. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1049-1061. Recuperado em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15954207>
- Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., & Livaditis, C. B. M. (2009). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44(8), 658–665. doi: 10.1007/s00127-008-0481-3
- Camargo, B. V. (2015). Serge Moscovici (14/06/1925-16/11/2014): um percussor inovador na psicologia social. *Memorandum*, 28, 240-245. Recuperado em: http://www.euophd.eu/html/_onda02/07/PDF/28th_lab_scientificmaterial/Camargo/camargo_2015_mosco.pdf
- Cibois, U. F. R. (1995). *Tri-deux-mots*. Versão 2.2 Paris: Sciences Sociales.
- Corrigan, P., Markowitz, F., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 162-179. Recuperado em: www.jstor.org/stable/1519806?seq=1#page_scan_tab_contents
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Qreen, A., Thwart, S. L., & Perm, D. L. (2001). Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 219-225. Recuperado em: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/27/2/219.short?rss=1&source=mfr>
- Costa, J., Jorge, M., Coutinho, M., Costa, E., & Holanda, I. (2016). A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: representações sociais dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. *Psicologia e Saber social*, 5(1), 35-45. doi: 10.12957/psi.saber.soc.2016.15855

- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P.D.C. Amarante (Org.), *Ensaio sobre subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp.141-168). Rio de Janeiro, RJ: Ed. Fiocruz
- Costa-Rosa, A. (2012). A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade. *Estudo de Psicologia*, 29 (1), 115-126.doi:10.1590/S0103-166X2012000100013
- Coutinho, M. P. L., & Costa, F. G. (2015). Depressão e insuficiência renal crônica: uma análise psicossociológica. *Psicologia & Sociedade*, 27(2), 448-449. doi: 10.1590/1807-03102015v27n2p449
- Coutinho, M. P. L., Nóbrega, S. M., & Araújo, L. S. (2011). *Software Trideux-Uma ferramenta metodológica aplicada ao campo de pesquisa em representações sociais*. In M. P. L. Coutinho, & E. R. A. Saraiva (Orgs.), *Métodos de pesquisa em Psicologia Social, perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 107-147). João Pessoa, PB: Editora Universitária.
- Emerich, B. F., Campos, R. O., & Passos, E. (2014). Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface (Botucatu)*, 18 (51), 685-696. doi: 10.1590/1807-57622013.1007.
- Fonseca, T. M. G., & Jaeger, R. L. (2012). A psiquiatrização da vida: arranjos da loucura, hoje. *Revista Polis e Psique*, 2 (número temático), 188-207. Recuperado em: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40327>
- Foucault, M. (2012). *História da loucura* (9ª ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Funghetto, S. S. (2015). *A organização pedagógica nos cursos da área da saúde e seus reflexos no processo formativo – uma análise a partir da avaliação*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

- Gil, I. M. A. (2010). *Crenças e Atitudes dos Estudantes de Enfermagem acerca das Doenças e Doentes Mentais: Impacto do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra - Portugal.
- Goffman, E. (2008). *Manicômios, prisões e conventos*. 8º Ed., São Paulo: Editora Perspectiva S.A.
- Guarniero, F. B., Bellinghini, R. H., & Gattaz, W. F. (2012). O estigma da esquizofrenia na mídia: Um levantamento de notícias publicadas em veículos brasileiros de grande circulação. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(3), 80-4. doi: 10.1590/S0101-60832012000300002
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.), *As representações sociais* (pp.17-41). Rio de Janeiro, RJ: EdUERJ.
- Jodelet, D. (2005). *Representação social da loucura*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Lancetti, A., & Amarante, P. (2006). Saúde mental e saúde coletiva. In G. W. S. Campos, M. C. de S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior, & Y. M. de Carvalho (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 615-634). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Maciel, S. C. (2007). *Exclusão/inclusão social do doente mental/louco: representações e práticas no contexto da reforma psiquiátrica*. Tese de Doutorado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.
- Maciel, S. C., Barros, D. R., Camino, L. F., & Melo, J. R. F. (2011). Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. *Temas psicologia*, 19(1), 193-204. Recuperado em: <http://pepsic.bvsalud.org>
- Maciel, S. C., Barros, D. R., Silva, A. O., & Camino, L. (2009). Reforma psiquiátrica e inclusão social: Um estudo com familiares de doentes mentais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29, 436-447. doi:10.1590/S1414-98932009000300002

- Martins, A. K. L., Soares, F. D. S., Oliveira, F. B., & Souza, A. M. A. (2011). Do ambiente manicomial aos serviços substitutivos: A evolução nas práticas em saúde mental. *Revista SANARE*, 10 (1), 28-34. Recuperado em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare>
- Mondoni, D., & Costa-Rosa, A. (2010). Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 26 (1), 39-47. doi:10.1590/S0102-37722010000100006
- Moscovici, S. (2012). *Representações sociais: Investigações em psicologia social* (7ª ed.). (P. A. Guareschi, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Neto, M. L. A., & Amarante, P. D. C. (2013). O Acompanhamento Terapêutico como Estratégia de Cuidado na Atenção Psicossocial. *Psicologia Ciência e Profissão*, 33 (4), 964-975. Recuperado em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n4/v33n4a14.pdf>
- Nóbrega, S. M., & Coutinho, M. P. L. (2011). O Teste de Associação Livre de Palavras. In M. P. L. Coutinho, & E. R. A. Saraiva (Orgs.), *Métodos de pesquisa em Psicologia Social, perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 95-106). João Pessoa, PB: Editora Universitária.
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R., ... & Haro, J. M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(111), 477-489. doi: 10.4321/S0211-57352011000300006
- Oliveira, L. R. M., Carvalho, C. D., Carvalho, C. M. S., & Júnior, F. J. G. S. (2013). O ensino da saúde mental para enfermagem: uma revisão da literatura. *Revista Interdisciplinar*, 6 (2), 152-159. Recuperado em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br>

- Oliveira, T. T. S. S., & Caldana, R. H. L. (2016). Psicologia e práticas psicossociais: narrativas e concepções de psicólogos de Centros de Atenção Psicossocial. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 7(2), 02-21. doi: [10.5433/2236-6407.2016v7n2p02](https://doi.org/10.5433/2236-6407.2016v7n2p02)
- Paes, M. R., Borba, L. O., Labronici, L. M., & Maftum, M. A. (2010). Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(2), 309-316. doi: [10.4025/cienccuidsaude.v9i2.11238](https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i2.11238)
- Pessotti, I. (1994). *A loucura e as épocas* (2ª ed.). São Paulo: Editora 34.
- Pessotti, I. (2001). *O século dos manicômios* (2ª ed.). São Paulo: Editora 34.
- Ribeiro, M. C. (2013). Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de vida: relatos da desinstitucionalização em Alagoas. *Revista de Terapia Ocupacional*, 24 (3), 174-182. doi: [10.11606/issn.2238-6149.v24i3p174-82](https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v24i3p174-82)
- Saraiva, E. R., Coutinho, M. P. L., & Miranda, R. S. (2011). Software Trideux- uma ferramenta metodológica aplicada ao campo de pesquisas em representações sociais. In M. P. L. Coutinho & E. R. A. Saraiva (Orgs.), *Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp.107-147). João Pessoa, PB: Editora Universitária.
- Salles, M. M., & Barros, S. (2013). Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. *Saúde e Sociedade*, 22(4), 1059-1071. doi: [10.1590/S0104-12902013000400009](https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400009)
- Silva, F. S., Simpson, C. A., & Dantas, R. C. (2014). Reforma psiquiátrica em Natal-RN: evolução histórica e os desafios da assistência de enfermagem. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 10 (2), 101-109. doi: [10.11606/issn.1806-6976.v10i2p101-109](https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v10i2p101-109)

Szasz, T. S. (1978). *A Fabricação da Loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental*. Rio de Janeiro: Zahar.

ARTIGO 3

ESCALA DE ESTEREÓTIPOS SOBRE O DOENTE MENTAL: CONSTRUÇÃO E
EVIDÊNCIAS PSICOMÉTRICAS PRELIMINARES¹

SCALE OF STEREOTYPES ABOUT THE MENTALLY ILL: CONSTRUCTION
AND PRELIMINARY PSYCHOMETRIC EVIDENCES

ESCALA DE ESTEREOTIPOS ACERCA DEL PACIENTE MENTAL:
CONSTRUCCIÓN Y EVIDENCIAS PSICOMÉTRICAS PRELIMINARES

Patrícia Fonseca de Sousa

Silvana Carneiro Maciel

¹ Artigo publicado na revista Temas em Psicologia no ano de 2019.

Resumo

Conhecer os estereótipos acerca da pessoa com transtorno mental é de grande relevância, pois implica em compreender as características do pensamento socialmente compartilhado acerca desse grupo social, tendo-se, assim, elementos para uma atuação no sentido de favorecer a inclusão social desses indivíduos. Esta pesquisa objetivou desenvolver a Escala de Estereótipos sobre o Doente Mental (EEDM), reunindo evidências psicométricas. Foram realizados dois estudos. No *Estudo 1*, participaram 210 universitários com idade média de 24,07 anos ($DP = 5,77$). No *Estudo 2*, participaram 206 universitários com idade média de 24,35 anos ($DP = 6,51$). No primeiro estudo, análises de componentes principais indicaram a existência de dois componentes (Estereótipos de Ameaça, $\alpha = 0,81$; Estereótipos de Incapacidade, $\alpha = 0,80$) com 10 itens no total. No segundo estudo, uma análise fatorial confirmatória indicou que o modelo bifatorial proposto para a escala era adequado: $\chi^2/gl = 2,31$, GFI = 0,93, CFI = 0,94 e RMSEA = 0,08 (IC 90% = 0,057 - 0,103). Concluiu-se que esta medida possui evidências de validade fatorial e consistência interna, podendo ser adequadamente utilizada para medir estereótipos frente ao doente mental.

Palavras-chave: Estereótipos, doente mental, escala, validade, precisão.

Abstract

Getting to know the stereotypes regarding people with mental disorder has high relevance, as it implies understanding the characteristics of the thought socially shared on this social group, thus, having elements for a performance aiming to favor the social inclusion of these individuals. This research aimed to develop the Scale of Stereotypes on the Mentally Ill (SSMI), gathering psychometric evidences. Two studies were performed. In the *Study 1*, 210 university students aged 24,07 ($SD = 5,77$). In the 2 *Study*

206 university students aged 24,35 (SD = 6,51). In the first study, analysis of principal components indicated the existence of two components (Threat Stereotypes, $\alpha = 0,81$; Incapacity stereotypes, $\alpha = 0,80$) with 10 items in total. In the second study, a confirmatory factorial analysis indicated that the bifactorial model proposed to the scale was adequate: $\chi^2/df = 2,31$, GFI = 0,93, CFI = 0,94 and RMSEA = 0,08 (IC 90% = 0,057 - 0,103). It was concluded that this measure carried evidences of factorial validity and internal consistence and can be adequately used to measure stereotypes before the mentally ill.

Key-words: Stereotypes, mentally ill, scale, validity, reliability.

Resumen

Conocer los estereotipos acerca de la persona con trastorno mental es de gran relevancia, pues implica comprender las características del pensamiento socialmente compartido sobre ese grupo social, teniendo, así, elementos para actuación en el sentido de favorecer la inclusión social de esos individuos. Esta investigación objetivó desarrollar la Escala de Estereotipos sobre el Enfermo Mental (EEDM), reuniéndose evidencias psicométricas. Se realizaron dos estudios. En el *Estudio 1*, participaron 210 universitarios con edad media de 24,07 años (DP = 5,77). En el *Estudio 2*, participaron 206 universitarios con edad media de 24,35 años (DP = 6,51). En el primer estudio, análisis de componentes principales indicaron la existencia de dos componentes (Estereotipos de Amenaza, $\alpha=0,81$, Estereotipos de Incapacidad, $\alpha = 0,80$) con 10 ítems en total. En el segundo estudio, análisis factorial confirmatorio indicó que el modelo bifactorial propuesto para la escala era adecuado: $\chi^2/df = 2,31$, GFI = 0,93, CFI = 0,94 y RMSEA = 0,08 (IC 90% = 0,057 - 0,103). En conclusión, esta medida posee evidencias de validez factorial y

consistencia interna, pudiendo ser adecuadamente utilizada para medir estereotipos frente al paciente mental.

Palabras clave: Estereotipos, enfermo mental, escala, validez, fiabilidad.

Introdução

A loucura teve diferentes conotações ao longo da história, passando de fenômeno da excentricidade a castigo elaborado por deuses. Foi algo permitido e exaltado, mas que também foi contido dentro dos limites da considerada normalidade (Foucault, 2012). Ao ser capturada como domínio do saber médico, a loucura deixou de fazer parte de uma manifestação estranha do comportamento humano e passou ao status de doença, que precisava ser corrigida em instituições especializadas, os manicômios (Guimarães, Borba, Maftum, Larocca, & Nimtz, 2015). Com a mudança de espaço de tratamento, houve também uma alteração da terminologia, que deixa de ser loucura e passa a ser doença mental.

A loucura, agora denominada doença mental, passou a ser percebida como um adoecimento que merecia classificação rigorosa e tratamentos disciplinares. Nesse contexto, a psiquiatria trouxe à tona a necessidade de redimensionar os espaços de atuação do médico para permitir a emergência do seu saber, tornando o manicômio o lugar ideal para o exercício de suas intervenções (Cruz, 2017). Como representavam uma ameaça à sociedade, os doentes mentais deveriam ser enclausurados nos manicômios, e lá a assistência era caracterizada pela exclusão, abandono, violência e controle de sintomas (Pinho et al., 2013). Conforme Goffman (2008), nessas instituições denominadas totais, o sujeito deixa de ser um ator e passa a ser objeto de intervenções institucionais.

Esses elementos históricos são constituintes das crenças que a sociedade apresenta ainda hoje acerca do louco/doente mental, os quais são percebidos como perigosos e

imprevisíveis, e, portanto, devem ser mantidas afastados do convívio social (Sousa, Maciel, Medeiros, & Vieira, 2016; Melo, Pegoraro, Santos, & Pillon, 2016). Tal realidade, contribui para que essas pessoas sejam vítimas de preconceito e das mais severas formas de exclusão social (Abramenko, Lovisi, Fonseca, & Abelha, 2017).

Atualmente, embora estas concepções preconceituosas e excludentes, ainda estejam presentes, o modelo de atenção à saúde mental passa por um processo de transformação e suas diretrizes estão voltadas para novas perspectivas relacionadas à desinstitucionalização, à inclusão social e à humanização da assistência. A ruptura com o ultrapassado modelo manicomial culminou com a implantação da Reforma Psiquiátrica, que pode ser entendida como conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas, que tem como finalidade transformar a relação da sociedade com a doença mental. A reforma vai desde as transformações na assistência e no saber médico-psiquiátrico até às práticas sociais. Nesse contexto, surge uma nova terminologia para os chamados doentes mentais, compatível com os preceitos da Reforma Psiquiátrica e os direitos humanos: pessoas com transtornos mentais ou pessoas em sofrimento psíquico (Filho et al., 2015; Santos & Cardoso, 2015; Souto et al., 2015).

O processo de desinstitucionalização surge na Reforma Psiquiátrica como tema de destaque, mas esse movimento, enquanto processo político e social é complexo e multifatorial, sendo envolto não só por mudanças de cunho prático, como o fechamento de hospitais e abertura de serviços substitutivos, mas também de mudanças ideológicas e derrubada de paradigmas psiquiátricos. Para que o processo de desinstitucionalização se efetive, é necessário que toda a comunidade acolha em seu cotidiano, ofereça apoio e um ambiente favorável para que as pessoas em sofrimento psíquico sejam inseridas na sociedade como os demais cidadãos (Abramenko et al., 2017; Costa, Jorge, Coutinho, Costa, & Holanda, 2016).

Contudo, Ribeiro (2015) menciona que as pessoas em sofrimento psíquico foram libertadas dos manicômios, mas o pensamento da população sobre o fenômeno do adoecimento mental permanece preso às paredes do hospício e tal acorrentamento ideológico é um empecilho para o avanço da Reforma Psiquiátrica. Assim, tal autora destaca que o principal desafio da reforma se encontra não em mudar o modelo de atendimento, mas em construir um novo lugar social para o sofrimento psíquico. Mudaram-se as leis, mas a sociedade ainda é marcada pelos velhos estereótipos acerca da loucura, os quais a caracterizam como algo que deve ser mantido enclausurado e distante para o bem da sociedade (Angelini & Caccia-Bava, 2015; Follmer & Jones, 2017; Neves et al., 2012).

Atualmente, diversas pesquisas, tanto nacionais (Amorim & Lavrador, 2017; Oliveira & Azevedo, 2014; Melo, Pegoraro, Santos, & Pillon, 2016), quanto internacionais (Ayazi, Lien, Eide, Shadar, & Hauff, 2014; Corrigan, Powell, & Michaels, 2014; Kopera et al. 2015), apontam que há uma forte imagem social negativa dos portadores de transtornos mentais vinculada a uma complexa rede de estereótipos e preconceitos. Gil (2010) menciona que são quatro os principais estereótipos que a sociedade mantém acerca das pessoas em sofrimento psíquico: que são perigosos, devendo ser evitados; que são os responsáveis por suas perturbações, apresentando, portanto, uma personalidade fraca; que são incompetentes, precisando de figuras de autoridade para tomar decisões por eles e que são infantis, necessitando ser mantidos sob cuidados de figuras paternas. Angelini e Gaccia-Bava (2015) acrescentam que os estereótipos de periculosidade e incapacidade são os mais comuns. Pereira (2002) pontua que os estereótipos são suficientemente significativos para a geração de atitudes negativas ou preconceitos, bem como de padrões discriminatórios de comportamento.

Os processos sociais de categorização localizam indivíduos em grupos: endogrupos (grupos aos quais o indivíduo pertence) e exogrupos (grupos aos quais não pertence). A cada classificação que separa “nós” e “eles”, agregam-se imagens que permitem representar os outros como diferentes de nós. Essas imagens são os estereótipos, que podem ser definidos como informações e atributos compartilhados sobre um determinado grupo social. Essas informações compartilhadas são generalizações que se fazem sobre os grupos (Lima, Faro, & Santos, 2016; Torres & Neiva, 2011).

Nesse sentido, os estereótipos têm importante função nas relações intergrupais, sobre isso Pereira (2002, 2011) destaca que estereótipos são essenciais na organização do conhecimento e das relações entre grupos minoritários e majoritários, pois fornecem os componentes para a criação de expectativas sobre os entes sociais. Mendes (2011) reitera que os estereótipos têm a função de simplificar o complexo mundo social, proporcionando uma espécie de roteiro a ser acionado para o funcionamento das interações sociais, já que fornecem explicações sobre o comportamento dos exogrupos. Em outras palavras, os estereótipos são componentes cognitivas importantes do preconceito; assim, os estereótipos podem levar ao preconceito que, por conseguinte, pode levar à discriminação.

Estereótipos sobre as pessoas com transtornos mentais como o de periculosidade, por exemplo, tendem a desencadear reações emocionais negativas como temor e receio frente a esse grupo social as quais, por sua vez, podem culminar na evitação do contato, devido ao medo de ser agredido (discriminação) (Mendes, 2011; Torres, Camargo, & Bousfield, 2016). Nesse sentido, os estereótipos socialmente compartilhados acerca da pessoa em sofrimento psíquico substanciam comportamentos de exclusão e distanciamento, despertando na população sentimentos de insegurança e medo em relação a esse grupo social. Tais estereótipos, muitas vezes, alimentados pela ignorância ou

desconhecimento sobre o outro, cumprem funções estratégicas na acomodação das relações intergrupais de poder (Tajfel, 1982; Torres et al., 2016).

Diante disso, conhecer os estereótipos acerca da pessoa com transtorno mental é de grande relevância, pois implica em compreender as características do pensamento socialmente compartilhado acerca desse grupo social, tendo-se, assim, elementos para uma atuação no sentido de favorecer a inclusão social desses indivíduos. Apesar da relevância de pesquisas abordando essa temática, ainda são escassos os estudos a respeito no contexto brasileiro, bem como instrumentos nacionais que avaliem esses estereótipos. Buscas realizadas no Google Acadêmico (2018) e nas bases de dados Index Psi, Medline, PubMed, PsycINFO e Scopus, utilizando como descritores “escala”, “estereótipos” e “doença mental”, não identificou publicação relacionada à pesquisa empírica de construção ou adaptação de alguma medida que avaliasse estereótipos frente ao doente mental.

Assim, com objetivo de viabilizar estudos futuros no campo da saúde mental, demanda-se que pesquisadores possam contar com instrumentos de medida válidos e fidedignos para este contexto, o que justifica a realização dessa pesquisa, a qual tem como objetivo principal desenvolver e conhecer evidências de validade fatorial e consistência interna da Escala de Estereótipos sobre o Doente Mental (EEDM). A EEDM vem preencher uma lacuna existente de medidas sobre os estereótipos acerca da doença mental, uma vez que alguns instrumentos validados no Brasil e que se aproximam desta temática têm por foco principal avaliar as atitudes (Gonçalves, Abelha, Legay, & Lovisi, 2008), as opiniões sobre a doença mental (Pedrão et al., 2005) e as crenças (Maciel, Pereira, Lima, & Sousa, 2015), mas não estereótipos específicos sobre esse grupo social.

Estudo 1- Elaboração da EEDM e análise exploratória

Este estudo teve como objetivo elaborar a Escala de Estereótipos sobre o Doente Mental (EEDM) e fornecer evidências psicométricas de validade fatorial e de consistência interna dessa escala em uma amostra de estudantes universitários.

Método

Participantes

Participaram desta pesquisa 210 estudantes universitários, distribuídos entre os cursos de psicologia (37,6%), medicina (27,6%), enfermagem (28,1%) e terapia ocupacional (6,7%), de universidades públicas e privadas localizadas na cidade de João Pessoa-PB. Os participantes apresentavam idade média de 24,07 anos ($DP = 5,77$) e 72,4% eram do sexo feminino. A amostra foi selecionada por um procedimento não probabilístico de amostragem por conveniência. Participaram dessa pesquisa universitários matriculados em cursos que tivessem alguma aproximação com o campo da saúde mental.

Instrumentos

Para a coleta de dados, utilizou-se a Escala de Estereótipos sobre o Doente Mental (EEDM) e um questionário sociodemográfico (idade, ocupação, gênero). A EEDM compreende uma versão experimental, formada por 10 itens e a instrução de resposta adotada solicitava que o participante indicasse em uma escala de 7 pontos, do tipo diferencial semântico, qual palavra se aproximava mais de sua percepção sobre o doente mental.

Procedimentos

A escala construída no presente estudo (EEDM) teve seus itens elaborados a partir de dados da literatura sobre a temática de estereótipos acerca do doente mental e dos resultados obtidos na pesquisa desenvolvida por Sousa, Maciel e Medeiros (no prelo), da qual participaram 50 estudantes do ensino médio, 50 universitários e 50 profissionais da saúde; para a coleta de dados, foi usada a TALP (Técnica de Associação Livre de Palavras), com os estímulos louco e doente mental. Os dados foram analisados no programa *Tri-Deux-Mots*, por meio da Análise Fatorial de Correspondência.

A versão preliminar da EEDM foi formada por 14 pares de adjetivos, cada par era formado por adjetivos opostos entre si, do tipo diferencial semântico; de um lado, havia um adjetivo positivo e do outro, um adjetivo negativo. Optou-se pela escala de resposta do tipo diferencial semântico pelo fato de, conforme Kashiwagi (2002), sua utilização apresentar algumas vantagens. Segundo o autor, uma escala desse tipo pode reduzir o tempo de aplicação, o que pode garantir maior qualidade da resposta do participante. A outra vantagem é a maior possibilidade de compreensão por diferentes públicos, com diversos níveis de escolaridade ou diversas nacionalidades, por exemplo.

Em seguida, os itens elaborados foram submetidos à análise de juízes e, posteriormente, à análise semântica, seguindo os critérios estabelecidos pela psicometria (Pasquali, 2011). Para a análise de juízes, foram convidados sete mestres e doutores que tinham conhecimento sobre o tema da pesquisa e experiência em avaliação psicológica. Adotou-se um critério mínimo de 70% de concordância entre os juízes. Após essa análise, foram excluídos 4 itens. A primeira versão da EEDM ficou composta por 10 itens. Esta versão foi submetida a uma validação semântica com um grupo de cinco estudantes de psicologia, para verificar a compreensão dos itens e formato da escala de resposta.

Chegou-se a versão da EEDM formada por 10 itens e a instrução de resposta adotada solicita que o participante indique em uma escala de 7 pontos, do tipo diferencial semântico, qual palavra se aproximava mais de sua percepção sobre o doente mental. Sabe-se que faz parte da Reforma Psiquiátrica a adoção de uma nomenclatura que reflita os posicionamentos adotados e as ideias defendidas pelo movimento, porém, optou-se por usar nessa pesquisa o termo “doente mental” para nomear o instrumento, pelo fato de esta nomenclatura, ainda, ser comumente usada pela população para referir-se às pessoas que apresentam algum sofrimento psíquico, tanto no contexto nacional como internacional (Maciel, Pereira, Lima, & Souza, 2015; Mfofo-M’Carthy, & Huls, 2014; Pescosolido, Medina, Martin, & Long, 2013).

Após a etapa de elaboração, o instrumento foi aplicado em sala de aula e respondido individualmente. Todos os sujeitos foram informados do caráter voluntário da sua participação na pesquisa, da garantia de anonimato das respostas dadas e do respeito às diretrizes éticas que regem a pesquisa com seres humanos.

Análise de dados

Os dados foram analisados por meio do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS) para Windows, versão 21.0. Além procedimentos estatísticos descritivos (média, desvio padrão e frequências) e do teste *t* de *Student* para averiguar o poder discriminativo dos itens, realizou-se análise de componentes principais. Como critérios para a extração dos componentes, adotou-se o valor próprio igual ou maior que 1 (critério de Kaiser), a análise paralela de Horn (1965), a análise da representação gráfica dos valores próprios (critério de Cattell) e a interpretabilidade dos componentes extraídos (Garson, 2013). O método de rotação utilizado foi o *oblimin*, uma vez que há o pressuposto de os componentes serem correlacionados (Damásio, 2012). Foi adotado como ponto de corte

para a carga fatorial o valor de 0,40 (Matsunaga, 2010). No caso de um item obter cargas fatoriais elevadas em um ou mais componentes, optou-se por reter o item no componente no qual apresentou maior carga. Para avaliar a consistência interna da medida, foram utilizados o alfa de *Cronbach*, considerando-se como adequados os valores acima de 0,70 (Nunnally, 1991).

Procedimentos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (Protocolo nº 0543/15), obedecendo a todos os cuidados de pesquisa, de acordo com a Resolução 510/2016.

Resultados

Inicialmente, buscou-se verificar o poder discriminativo dos itens da EEDM. Para tanto, foram criados grupos-critério inferior e superior a partir da mediana das pontuações totais da EEDM (somatório da pontuação de todos os itens da escala). Feito isso, efetuaram-se testes *t* de *Student* para amostras independentes. Os resultados indicaram que todos os itens discriminam satisfatoriamente entre os dois grupos, à medida que apresentaram $p < 0,05$.

Em seguida, efetuou-se uma Análise de Componentes Principais (ACP), sem fixar, a priori, o método de rotação e o número de componentes a extrair. Foram verificados os índices Kayser-Meyer-Olkin (KMO) e o Teste de Esfericidade de Bartlett, para comprovar a adequabilidade dos dados à realização da análise fatorial, sendo ambos considerados satisfatórios, KMO = 0,88 e o Teste de Esfericidade de Bartlett, $\chi^2 (45) = 804,520$ $p < 0,001$, (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 2005).

Nessa análise, encontraram-se dois componentes que atenderam ao critério de Kaiser, valor próprio (*eigenvalue*) igual ou superior a 1, estes explicaram conjuntamente 59% da variância total. Segundo o Critério de Cattell (*screeplot*), identificou-se a existência de dois componentes na estrutura da escala. Tendo em vista as evidências teóricas de fragilidade desses dois critérios, efetuou-se uma análise paralela, considerando 210 participantes e 10 variáveis com 1000 simulações. A análise paralela indicou a extração de dois componentes com valores próprios acima daqueles obtidos randomicamente, o que sugere a permanência de dois componentes na estrutura fatorial da EEDM.

Uma nova Análise de Componentes Principais foi realizada, fixando a extração de dois componentes e adotando rotação *oblimin*. O resultado dessa análise pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1

Estrutura Fatorial da Escala de Estereótipos sobre o Doente mental

Itens	C 1	C 2	h ²
5. Confiável/ Não Confiável	0,77	0,50	0,63
1. Inofensivo/Perigoso	0,75	0,37	0,56
6. Previsível/Imprevisível	0,74	0,11	0,61
8. Controlado/ Descontrolado	0,74	0,51	0,59
4. Dócil/Agressivo	0,73	0,45	0,56
3. Capaz/Incapaz	0,39	0,82	0,68
7. Produtivo/Improdutivo	0,33	0,82	0,68
10. Inteligente/Bobo	0,31	0,81	0,66
9. Normal/ Anormal	0,59	0,62	0,52
2. Consciente/ Inconsciente	0,40	0,60	0,38
Número de itens	5	5	
Valor próprio	4,60	1,31	
Variância explicada (%)	46	13	
Alfa de Cronbach (α)	0,81	0,80	

Nota: C1: Estereótipos de Ameaça e C2: Estereótipos de Incapacidade.

O componente 1, nomeado *Estereótipos de Ameaça*, reuniu 5 itens (Exemplo de item: Inofensivo/Perigoso), apresentou valor próprio de 4,599, explicou 46% da variância total e apresentou consistência interna de $\alpha = 0,81$. O componente 2, nomeado *Estereótipos de Incapacidade*, reuniu 5 itens (Exemplo de item: Produtivo/Improdutivo), apresentou valor próprio de 1,311, explicou 13% da variância total e apresentou consistência interna de $\alpha = 0,80$. Esses resultados parecem indicar evidências de validade fatorial e consistência interna da EEDM. Com o intuito de conhecer em que medida o modelo com dois componentes é adequado, realizou-se um novo estudo. Portanto, o segundo estudo foi realizado com o objetivo de testar, em uma amostra diferente, a replicabilidade da estrutura bifatorial proposta, utilizando a análise fatorial confirmatória (AFC).

Estudo 2-Análise confirmatória da EEDM

O objetivo deste estudo foi reunir evidência empírica adicional de validade fatorial e precisão da EEDM em uma nova amostra. Procurou-se testar, por meio de análise fatorial confirmatória, a replicabilidade da estrutura bifatorial obtida no Estudo 1 e compará-la com soluções fatoriais alternativas.

Método

Participantes

Participaram deste estudo 206 estudantes universitários, distribuídos entre os cursos de psicologia (38,3%), medicina (24,3%), enfermagem (25,7%) e terapia ocupacional (11,7%), de universidades públicas e privadas localizadas na cidade de João Pessoa-PB. Os participantes apresentavam idade média de 24,35 anos ($DP = 6,51$) e 25,2% pertenciam ao sexo masculino, enquanto que 74,8% ao sexo feminino. A amostra

foi selecionada por um procedimento não probabilístico, de amostragem por conveniência.

Instrumentos

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário sociodemográfico (idade, curso, gênero) e a Escala de Estereótipos sobre o Doente Mental (EEDM) desenvolvido no Estudo 1, que ficou composta por 10 itens distribuídos em dois fatores: Estereótipos de Ameaça (cinco itens, $\alpha = 0,81$) e Estereótipos de Incapacidade (cinco itens, $\alpha = 0,80$). Os respondentes foram solicitados a indicar em uma escala de 7 pontos, do tipo diferencial semântico, qual palavra se aproximava mais de sua percepção sobre o doente mental.

Procedimentos

O procedimento de coleta de dados foi o mesmo descrito no Estudo 1.

Análise de dados

Além do SPSS (versão 21.0), utilizado para calcular estatísticas descritivas, empregou-se ainda o pacote estatístico AMOS (versão 18). Este foi usado para realizar análises fatoriais confirmatórias, tendo em conta a matriz de covariância e adotando o estimador ML (Máxima Verossimilhança). Os casos *missing* foram substituídos pela média. Para avaliar o ajuste do modelo proposto e compará-lo com modelos alternativos, foram considerados os seguintes índices: o χ^2 (qui-quadrado), quanto maior este valor pior o ajustamento; χ^2/gl (qui-quadrado pelos graus de liberdade), neste, valores menores do que 5 indicam um ajuste adequado do modelo; o Goodness-of-Fit Index (GFI), Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI) e o Comparative Fit Index (CFI), cujos valores variam de 0 a 1, com aqueles próximos a 0,90 indicando ajustamento satisfatório; o Root-

Mean-Square Error of Approximation (RMSEA), com seu intervalo de confiança de 90% (IC 90%), assume-se como ideal valores que se situem entre 0,05 e 0,08, aceitando-se aqueles de até 0,10 (Byrne, 2010; Garson, 2012). Além destes indicadores, a diferença de qui-quadrado ($\Delta\chi^2$) e o expected cross-validation index (ECVI) foram empregados para comparar os modelos. O $\Delta\chi^2$ é um teste estatístico que apresenta nível de significância, admitindo-se $p < 0,05$, penalizando aquele com maior valor de χ^2 . Já no ECVI, valores mais baixos refletem um modelo com melhor ajuste (Garson, 2012).

Procedimentos éticos

Os procedimentos éticos foram os mesmos descritos no Estudo 1.

Resultados

Inicialmente, realizou-se uma análise fatorial confirmatória, testando o ajuste do modelo bifatorial (Modelo 1), modelo proposto, o qual apresentou bons índices de ajuste. Porém, decidiu-se ainda verificar a pertinência deste modelo quando comparado a um modelo alternativo, uma vez que, a comparação de modelos concorrentes possibilita testar a robustez do modelo proposto, além de permitir uma análise a mais sobre os índices de ajuste (Byrne, 2010; Thompson, 2004). Desta forma, testou-se o modelo unifatorial com todos os itens saturando em um mesmo fator geral (Modelo 2), na tentativa de verificar se a escala teria um único fator, estereótipos sobre o doente mental. O modelo 1 apresentou os melhores índices de ajuste em comparação com o modelo 2, confirmando a bifatorialidade da Escala de Estereótipos sobre o Doente Mental, com os fatores: estereótipos de ameaça e estereótipos de incapacidade. Os resultados são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2
Índices de Ajuste dos Modelos Testados

Modelos	χ^2 (gl)	χ^2/gl	GFI	AGFI	CFI	ECVI	RMSEA (IC 90%)	$\Delta\chi^2$ (Δgl)
Modelo 1	78,77 (34)	2,31	0,93	0,88	0,94	0,58	0,08 (0,057-0,103)	-----
Modelo 2	140,83 (35)	4,02	0,86	0,78	0,87	0,88	0,12 (0,101-0,143)	62,06* (1)

Nota: Modelo 1 = Bifatorial; Modelo 2 = Unifatorial. * $p < 0,01$

Todos os itens apresentaram saturações (lambdas) estatisticamente diferentes de zero ($\lambda \neq 0$; $z > 1,96$, $p < 0,05$), com valores variando de 0,52 (Item 2. Consciente/Inconsciente) a 0,78, (Item 4. Dócil/Agressivo). Deste modo, em geral, os indicadores de ajuste admitem apoio para a estrutura bifatorial da medida de estereótipos sobre o doente mental. Na Figura 1 é apresentada a estrutura fatorial desse modelo.

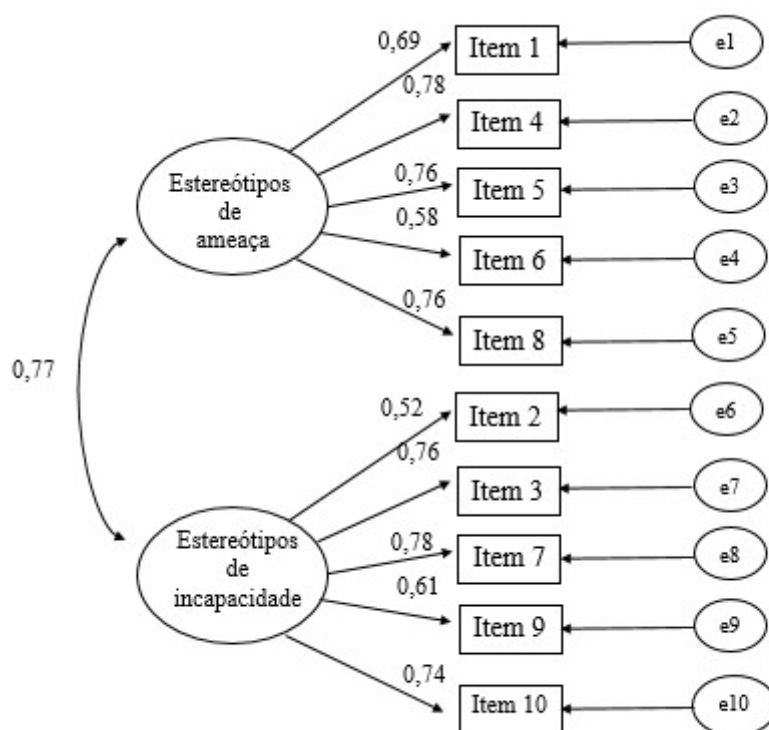


Figura 1. Estrutura bifatorial da Escala de Estereótipos sobre o Doente Mental (EEDM).

Discussão

Os estudos apresentados mostraram evidências satisfatórias de validade fatorial e consistência interna de uma nova medida acerca dos estereótipos sobre o doente mental. Ao final dos dois estudos, pôde-se contar com um instrumento curto, composto por 10 itens e autoaplicável, possibilitando o seu emprego em pesquisas futuras.

No Estudo 1, identificou-se uma estrutura bifatorial da EEDM, com 5 itens em um fator (Estereótipos de ameaça) e 5 itens em outro fator (Estereótipos de incapacidade). O instrumento apresentou evidências de validade fatorial e bons indicadores de consistência interna (Clark & Watson, 1995; Nunnally, 1991).

No Estudo 2, a estrutura bifatorial proposta para a Escala de Estereótipos sobre o Doente Mental foi replicada por meio da AFC em uma amostra diferente, obtendo índices de ajuste que, embora não sendo excepcionais, podem ser considerados favoráveis pela literatura (Byrne, 2010). O teste de um modelo explicativo alternativo indicou que o Modelo 2 não obteve ajuste satisfatório e apontou o Modelo 1 como o mais adequado. Portanto, a estrutura bifatorial da EEDM foi replicada, assegurando evidências satisfatórias de validade fatorial e consistência interna.

A dimensão *Estereótipos de Ameaça* da EEDM agrupou itens que caracterizam o doente mental como alguém perigoso e que causa medo. Ao longo dos tempos, é disseminada na sociedade a ideia de que as pessoas em sofrimento psíquico podem agredir ou até matar pessoas, por agirem de maneira impulsiva e descontrolada; a opinião sobre a doença mental e a imagem dela construída ainda permanecessem associadas às pessoas violentas e agressivas (Weber & Juruena, 2017). Tal percepção dificulta a desospitalização e a reinserção social, favorecendo a manutenção das pessoas em sofrimento psíquico em instituição psiquiátrica asilar para a proteção da sociedade (Santos & Rosa, 2016).

Já a dimensão *Estereótipos de Incapacidade* da EEDM reuniu itens que representam o doente mental como uma pessoa sem competência para a independência e convívio em sociedade. Maciel, Maciel, Barros, Sá e Camino (2008) mencionam que o doente mental é visto como alguém irresponsável e inapto a assumir deveres e obrigações. Segundo tais autores, tal fato favorece a exclusão, uma vez que, em uma sociedade capitalista a produtividade é parâmetro para a inclusão social. Estanqueiro (2014) afirma que o estereótipo de incapacidade representa uma barreira para uma participação plena da pessoa em sofrimento psíquico em contextos sociais, educacionais e profissionais, além de favorecer a falta de autonomia.

Os estereótipos são componentes importantes do preconceito, sendo, portanto, fundamental o conhecimento e análise desse construto para o enfrentamento do preconceito frente ao doente mental, inclusão social desse grupo e a consequente efetivação dos preceitos da Reforma Psiquiátrica (Mendes, 2011). Assmar e Ferreira (2004) pontuam que os estereótipos são dinâmicos e refletem uma sociedade em mudança, isto é, as características estereotípicas associadas aos grupos sociais podem mudar. Nesse sentido, uma intervenção à nível de estereótipos parece ser efetiva para favorecer o processo de inclusão social do doente mental.

Os achados dessa pesquisa dão conta de evidências de que a EEDM é parcimoniosa, válida e precisa, suprimindo uma lacuna no contexto brasileiro no que se refere a uma medida de estereótipos sobre o doente mental, que pode ser aplicada nos mais diversos contextos, como por exemplo no contexto dos serviços substitutivos, com o propósito de identificar estereótipos pejorativos acerca do doente mental na comunidade e, a partir disso, realizar intervenções no sentido de construir uma imagem real e desmistificada desse grupo social, na busca de favorecer a efetivação da Reforma Psiquiátrica.

Embora a EEDM se apresente como uma opção adequada para mensurar os estereótipos acerca da doença mental, é possível elencar algumas limitações nos estudos realizados. Como por exemplo, o fato de a medida utilizada ter sido de autorrelato pode ter introduzido efeitos de desejabilidade social nos dados. É necessário assinalar também que as amostras não podem ser consideradas como representativas da população brasileira, pois foram constituídas exclusivamente por estudantes universitários. Isto limita a generalização dos resultados descritos para outros grupos amostrais que não possuam as características da amostra da presente pesquisa. Porém, ressalta-se que não se pretendeu generalizar os resultados para toda a população e sim fornecer à comunidade científica uma escala com parâmetros psicométricos adequados.

Pesquisas futuras são recomendadas, sugere-se que sejam testadas a validade fatorial e a consistência interna da EEDM em outras amostras, como a população geral e os profissionais da saúde mental, como também verificada a validade convergente da EEDM com outros instrumentos que mensurem construtos similares (Ex: escalas de crenças, opiniões ou atitudes frente ao doente mental). Além disso, destaca-se a importância da realização de pesquisas que busquem mensurar os estereótipos sobre os doentes mentais por meio de medidas implícitas, a fim de minimizar os efeitos da desejabilidade social.

Por fim, a EEDM pode ser satisfatoriamente empregada para avaliar os estereótipos que as pessoas apresentam acerca do doente mental. A solução fatorial com dois tipos de estereótipos se mostrou a mais adequada em ambos os estudos. Os resultados aqui encontrados podem contribuir de maneira significativa para o campo da saúde mental e consolidação da Reforma Psiquiátrica; a partir do mapeamento e posterior intervenção frente a estereótipos que favorecem o processo de exclusão social do doente mental.

Referências

- Abramenko, L., Lovisi, G. M., Fonseca, D. L., & Abelha, L. (2017). Atitudes dos trabalhadores de saúde mental em relação aos pacientes psiquiátricos em uma cidade do interior do Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos Saúde Coletiva*, 25(2), 169-176. doi:10.1590/1414-462x2017000200019
- Amorim, R. G., & Lavrador, M. C. C. (2017). A perspectiva da produção de cuidado pelos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 273-288. doi:10.1590/1982-370300332015
- Angelini, C., & Caccia-Bava, M. (2015). “A gente sente que precisa e pode...”: os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10(36), 1-9. doi:10.5712/rbmfc10(36)1033
- Assmar, E. M. L., & Ferreira, M. C. (2004). Estereótipos e preconceitos de gênero, liderança e justiça organizacional: Controvérsias e sugestões para uma agenda de pesquisa. In M. E. O Lima, & M. E. Pereira (Orgs.), *Estereótipos, preconceitos e discriminação: Perspectivas teóricas e metodológicas* (pp.89-116). Salvador, BA: Editora da UFBA.
- Ayazi, T., Lien, L., Eide, A., Shadar, E. J., & Hauff, E. (2014). Community attitudes and social distance towards the mentally ill in South Sudan: a survey from a post-conflict setting with no mental health services. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 49(5), 771-80. doi: 10.1007/s00127-013-0775-y
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with Amos: Basic concepts, applications, and programming*. New York: Routledge.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7 (3), 309-319. Retrieved from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.332.7973&rep=rep1&type=pdf>

- Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Michaels, P. J. (2014). Brief battery for measurement of stigmatizing versus affirming attitudes about mental illness. *Psychiatry Research*, 215(2), 466-70. doi: 10.1016/j.psychres.2013.12.006
- Costa, J., Jorge, M., Coutinho, M., Costa, E., & Holanda, Í. (2016). A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: representações sociais dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. *Psicologia E Saber social*, 5(1), 35-45. Recuperado em: https://www.redib.org/recursos/Record/oai_articulo1004525-reforma-psiquiatrica-desdobramentos-representac%C3%B5es-sociais-profissionais-usuarios-atenc%C3%A3o-psicossocial/10.12957/psi.saber.soc.2016.15855
- Cruz, L. (2017). Loucura e imaginário social na literatura brasileira: passagem do século XIX para o século XX. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(22), 01-28. Recuperado em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3975>
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 213-228. Recuperado em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000200007&lng=pt&tlng=
- Estanqueiro, J. P. V. (2014). *Representações sociais de estudantes universitários acerca de pessoas com deficiência mental e sua integração socioprofissional* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Filho, A. J. A., Fortes, F. L. S., Queirós, P. J. P., Peres, M. A. A., Vidinha, T. S. S., & Rodrigues, M. A. (2015). Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (4), 117-125. doi: 10.12707/RIV14074

- Follmer, K. B., & Jones, K. S. (2017). Stereotype content and social distancing from employees with mental illness: The moderating roles of gender and social dominance orientation. *Journal of Applied Social Psychology*, 47 (2), 1–13. doi: 10.1111/jasp.12455
- Foucault, M (2012). *História da loucura na idade clássica* (1ª Reimpressão). São Paulo: Perspectiva.
- Garson, G. D. (2012). *Structural Equation Modeling*. Asheboro: Statistical Associates Publishers.
- Garson, G. D. (2013). *Factor Analysis*. Asheboro: Statistical Associates Publishers.
- Gil, I. M. A. (2010). *Crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem acerca das doenças e doentes mentais: Impacto do ensino clínico de enfermagem de saúde mental e psiquiatria* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Goffman, E. (2008). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva S.A.
- Gonçalves, S., Abelha, L., Legay, L., & Lovisi, G. (2008). Equivalência conceitual e semântica da versão em português da Escala Community Attitudes Toward Mentally III (CAMI). *Cadernos de Saúde Coletiva*, 16 (4), 749-764. Recuperado em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2008_4/artigos/Art1_2008-4%20_Sylvia.pdf
- Guimarães, A. N., Borba, L. O., Maftum, M. A., Larocca, L. M., & Nimtz, M. A. (2015). Mudanças na atenção à saúde mental decorrentes da Reforma Psiquiátrica: Percepções de profissionais de enfermagem. *Ciência e Cuidado em Saúde*, 14 (1), 830-838. doi:10.4025/cienccuidsaude.v14i1.22187
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman.

- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30 (2), 179-185. Retrieved from: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02289447>
- Kashiwagi, S. (2002). Japanese adjective list for the Big Five. Em B. De Raad & M. Perugini (Eds.), *Big five assessments* (pp.305-326). Germany: Hogrefe & Huber Publishers.
- Kopera, M., Suszek, H., Bonar, E., Myszk, M., Gmaj, B., Ilgen, M., & Wojnar, M. (2015). Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in Mental Health Professionals and Medical Students. *Community Ment Health J*, 51, 628–634. doi: 10.1007/s10597-014-9796-6
- Lima, M. E. O., Faro, A., & Santos, M. R. (2016). A desumanização presente nos estereótipos de índios e ciganos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), 219-228. doi:10.1590/0102-37722016012053219228
- Maciel, S. C., Maciel, C. M. C., Barros, D. R., Sá, R. C. N., & Camino, L. F. (2008). Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF*, 13(1), 115-124. Recuperado em: <http://www.scielo.br/>
- Maciel, S. C., Pereira, C. R., Lima, T. J., & Souza, L. E. C. (2015). Desenvolvimento e validação da escala de crenças sobre a doença mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28 (3), 463-473. doi:10.1590/1678-7153.201528305
- Matsunaga, M. (2010). How to factor-analyze your data right: Do's, don't's, and how-to's. *International Journal of Psychology Research*, 3(1), 97-110. Retrieved from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023509007>.
- Melo, Z., Pegoraro, N., Santos, M., & Pillon, S. (2016). Atitudes e conhecimentos de técnicos de enfermagem sobre cuidados a pacientes com transtornos mentais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 18,1-12. doi:10.5216/ree.v18.37746

- Mendes, M. M. (2011). Representações e estereótipos dos imigrantes russos e ucranianos na sociedade portuguesa. *Tempo Social*, 23(1), 269-304. doi:10.1590/S0103-20702011000100013.
- Mfoafo-M'Carthy, M., & Huls, S. (2014). Human Rights Violations and Mental Illness: Implications for Engagement and Adherence. *SAGE Open*, 4(1), 1-18. doi:10.1177/2158244014526209
- Neves, R., Dimenstein, M., Paulon, S., Nardi, H., Bravo, Ó., Galvão, V. A. B. M., Severo, A. K. S., & Figueiró, R. (2012). A saúde mental no sistema único de saúde do Brasil: duas realidades em análise. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 356-368. Recuperado em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242012000200011&lng=en&tlng=pt.
- Nunnally, J. C. (1991). *Teoría psicométrica*. México: Trillas.
- Oliveira, A. R. F., & Azevedo, S. M. (2014). Estigma na doença mental: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30(4), 227-234. Recuperado em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732014000400004&lng=pt&tlng=pt.
- Pasquali, L. (2011). *Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação*. Petrópolis, RJ.
- Pedrão, L. J., Galera, S. A. F., Silva, M. C. P., Gonzalez, A. C., Costa, M. L., Mello e Souza, M. C. B., & Senmache, G. U. (2005). Perfil das atitudes de formandos em enfermagem frente aos transtornos mentais no Brasil, Chile e Peru. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (3), 339-343. doi:10.1590/S0104-11692005000300008
- Pereira, M. E. (2002). *Psicologia social dos estereótipos*. São Paulo: EPU.

- Pereira, M. E. (2011). Cognição Social. In A. R. R. Torres, L. Camino, M. E. O. Lima & M. E. Pereira (Orgs.), *Psicologia Social: temas e teorias* (pp. 191-259). Brasília, DF: Technopolitik.
- Pescosolido, B. A., Medina, T. T., Martin, J. K., & Long, K. S. (2013). The “backbone” of stigma: Identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. *American Journal of Public Health, 103*(5), 853-860. doi:10.2105/AJPH.2012.301147
- Pinho, L. B., Kantorski, L. P., Wetzel, C., Schwartz, E., Lange, C., & Zillmer, J. G. V. (2013). Atividades terapêuticas: compreensão de familiares e profissionais de um centro de atenção psicossocial. *Escola Anna Nery, 17*(3), 534-541. doi:10.1590/S1414-81452013000300018
- Ribeiro, B. V. D. (2015). *Saúde mental, cidadania e televisão: representações da loucura no programa “A Liga”* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Informação e Comunicação da Universidade Federal de Goiás, Goiânia.
- Santos, A. F. O., & Cardoso, C. L. (2015). Family members of individuals suffering from mental disorders: Stress and care stressors. *Estudos de Psicologia (Campinas), 32*(1), 87-95. doi:10.1590/0103-166X2015000100008
- Santos, D. V. S., & Rosa, L. C. S. (2016). Reforma psiquiátrica, famílias e estratégias de cuidado: uma análise sobre o cárcere privado na saúde mental. *Revista Libertas, 16* (2), 25-36. Recuperado em: <https://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/view/3045>
- Sousa, P. F., Maciel, S. C., & Medeiros, K. T. (no prelo). Paradigma biomédico x psicossocial: onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico? *Revista Temas em Psicologia*.
- Sousa, P. F., Maciel, S. C., Medeiros, K. T., & Vieira, G. L. S. (2016). Atitudes e Representações em Saúde Mental: Um Estudo com Universitários. *Psico-USF, 21*(3), 527-538. doi:10.1590/1413-82712016210307

- Souto, V. T., Terra, M. G., Soccol, K. L. S., Mostardeiro, T. S., Xavier, M. S., & Teixeira, J. K. S. (2015). Cuidado da equipe de enfermagem na percepção de familiares de pacientes psiquiátricos. *Revista de Enfermagem da UFPE*, 9(2), 910-917. doi:10.5205/reuol.6391-62431-2-ED.0902supl201518
- Tajfel, H. (1982). *Grupos humanos e categorias sociais*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Thompson, B. (2004). *Exploratory and confirmatory factor analysis*. Washington: American Psychological Association.
- Torres, C. V., & Neiva, E. R. (2011). *Psicologia Social: Principais temas e vertentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Torres, T. L., Camargo, B. V., & Bousfield, A. B. S. (2016). Estereótipos sociais do idoso para diferentes grupos etários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), 209-218. doi:10.1590/0102-37722016012114209218
- Vozes.
- Weber, C. A. T., & Juruena, M. F. (2017). Paradigmas de atenção e estigma da doença mental na reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(3), 640-656. doi:10.15309/17psd180302

ARTIGO 4

MODELO EXPLICATIVO DE NÃO ADEÇÃO AO PARADIGMA PSICOSSOCIAL
DA SAÚDE MENTAL

EXPLANATORY MODEL OF NON-ADHESION TO THE PSYCHOSOCIAL
MENTAL HEALTH PARADIGM

MODELO EXPLICATIVO DE NO ADHESIÓN AL PARADIGMA DE SALUD
MENTAL PSICOSOCIAL

Patrícia Fonseca de Sousa

Silvana Carneiro Maciel

Resumo

Este estudo teve como objetivo propor um modelo explicativo de não adesão ao paradigma psicossocial da saúde mental a partir dos estereótipos, das crenças sobre a etiologia da doença mental, da percepção de ameaça e do preconceito. Para tanto, contou-se com a participação de 400 universitários, com média de idade de 24,64 anos ($DP = 6,64$), sendo a maioria do sexo feminino (75,6%). Foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Crenças sobre a Doença Mental, Escala de Estereótipos sobre o Doente Mental, Escala de Percepção de Ameaça frente ao Doente Mental, Escala de Preconceito frente ao Doente Mental e Escala de Atitudes em Saúde Mental. Os resultados demonstraram que quanto maior a percepção de ameaça e a concordância com o estereótipo de incapacidade, menor o apoio ao paradigma psicossocial. Ademais, verificou-se que as crenças acerca da etiologia da doença mental e os estereótipos estão na base da percepção de ameaça e todas estas variáveis juntas predizem maior preconceito. O modelo testado apresentou índices de ajuste satisfatórios ($\chi^2/g1 = 2,73$, GFI = 0,99, CFI = 0,98, RMSEA = 0,06). Os achados dessa pesquisa fornecem subsídios científicos para a realização de intervenções eficazes e consistentes que fortaleçam o paradigma psicossocial no cenário nacional.

Palavras-chave: Paradigma psicossocial, preconceito, percepção de ameaça, crenças, estereótipos.

Abstract

This study aimed to propose an explanatory model of non-adherence to the psychosocial mental health paradigm based on stereotypes, beliefs about the etiology of mental illness, perception of threat and prejudice. To this end, 400 university students participated, with an average age of 24.64 years ($SD = 6,64$), the majority being female (75.6%). The

following instruments were used: Scale of Beliefs about Mental Illness, Scale of Stereotypes about Mental Illness, Scale of Perception of Threat against Mental Illness, Scale of Prejudice against Mental Illness and Scale of Attitudes in Mental Health. The results showed that the greater the perception of threat and the agreement with the disability stereotype, the lower the support for the psychosocial paradigm. In addition, it was found that beliefs about the etiology of mental illness and stereotypes are at the basis of perceived threat and all of these variables together predict greater prejudice. The tested model presented satisfactory adjustment indexes ($\chi^2 / gl = 2.73$, GFI = 0.99, CFI = 0.98, RMSEA = 0.06). The findings of this research provide scientific support for effective and consistent interventions that strengthen the psychosocial paradigm on the national scene.

Keywords: Psychosocial paradigm, prejudice, perception of threat, beliefs, stereotypes.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo proponer un modelo explicativo de no adherencia al paradigma psicosocial de salud mental basado en estereotipos, creencias sobre la etiología de la enfermedad mental, percepción de amenaza y prejuicio. Para este fin, participaron 400 estudiantes universitarios, con una edad promedio de 24.64 años (DE = 6, 64), la mayoría mujeres (75.6%). Se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala de creencias sobre la enfermedad mental, Escala de estereotipos sobre la enfermedad mental, Escala de percepción de la amenaza contra la enfermedad mental, Escala de prejuicio contra la enfermedad mental y Escala de actitudes en la salud mental. Los resultados mostraron que cuanto mayor es la percepción de amenaza y el acuerdo con el estereotipo de discapacidad, menor es el apoyo al paradigma psicosocial. Además, se encontró que las creencias sobre la etiología de las enfermedades mentales y los estereotipos están en la base de la amenaza percibida y todas estas variables juntas predicen un mayor prejuicio.

El modelo probado presentó índices de ajuste satisfactorios ($\chi^2 / gl = 2.73$, GFI = 0.99, CFI = 0.98, RMSEA = 0.06). Los resultados de esta investigación brindan apoyo científico para intervenciones efectivas y consistentes que fortalecen el paradigma psicosocial en la escena nacional.

Palabras clave: Paradigma psicosocial, prejuicio, percepción de amenaza, creencias, estereotipos.

Introdução

A exclusão, enclausuramento e marginalização da loucura trouxeram inúmeras consequências para a pessoa com transtorno mental, as quais ainda não foram totalmente superadas e repercutem negativamente ainda hoje na relação entre a sociedade e esse grupo social (Figueiredo & Cerqueira-Santos, 2019). Um importante aspecto da história da loucura são as crenças e os estereótipos negativos construídos ao longo desse período, os quais estão associados ao preconceito e à percepção de ameaça frente às pessoas em sofrimento psíquico e esses, por sua vez, respaldam a não implementação de ações inclusivas efetivas, como o paradigma psicossocial.

Maciel et al. (2019) afirmam que as crenças acerca da etiologia da doença mental e os estereótipos são importantes variáveis que estão na base do preconceito e da percepção de que as pessoas com transtorno mental representam uma ameaça à sociedade. Sobre as crenças, estas desempenham um importante papel na orientação de condutas; interpretação da realidade e são consideradas fatores subjacentes às atitudes e aos comportamentos frente aos grupos sociais, atuando enquanto princípios organizadores que motivam a expressão do preconceito e da discriminação (Pereira, Pereira, & Monteiro, 2016; Pereira, Torres, Falcão, & Pereira, 2013). Reiterando tal ideia, Maciel, Pereira, Lima e Souza (2015) acrescentam que a depender da crença saliente acerca da

etiologia da doença mental, podem-se observar atitudes de aceitação ou exclusão, por exemplo, alguns estudos (Gureje, Olley, Oluwanuga, & Kola, 2006; Maciel, et al., 2019; Melo, 2017; Stefanovics et al., 2016) apontam que a concordância com a crença religiosa, a qual atribui a causa da doença mental à ação de demônios; espíritos ou divindades (Maciel, Pereira, Lima, & Souza, 2015), está associada à atitudes e comportamentos negativos em relação às pessoas com transtorno mental.

Quanto aos estereótipos, Marques, Páez e Pinto (2013) destacam que estes embasam as atitudes e comportamentos das pessoas em relação ao exogrupo, ou seja, dependendo do estereótipo saliente é possível predizer ou esperar determinadas atitudes ou ações (Godim et al., 2013). Nesse sentido, destaca-se a relevância do impacto que a adesão a determinada crença ou estereótipo tem nas atitudes e comportamentos da sociedade frente à pessoa com transtorno mental. Sobre isso, Melo (2017), em um estudo com 200 universitários da Paraíba, propôs um modelo explicativo do preconceito frente à pessoa com esquizofrenia, usando os estereótipos e as crenças causais como variáveis explicativas. Os resultados indicaram que além do estereótipo de periculosidade, as crenças causais religiosas e psicológicas estavam associadas ao preconceito frente à pessoa com esquizofrenia.

Além de estarem ancorados em crenças e estereótipos, a percepção de ameaça e o preconceito também interagem entre si. O sentimento de ameaça é entendido na literatura como um importante preditor do preconceito (Nata, 2011; Pereira, Vala, & Costa-Lopes, 2010), funcionando como um fator motivador dessa atitude negativa, ou seja, a percepção de que o exogrupo pode prejudicar o endogrupo torna legítima as atitudes negativas em relação ao grupo percebido como fonte de ameaça para defender os interesses do endogrupo (Barros, Torres, & Pereira, 2017). Especificamente, no contexto da saúde mental, o sentimento de ameaça pode ser compreendido enquanto vinculado à

necessidade de defesa da integridade física do endogrupo (as pessoas sem transtornos mentais) por parte do exogrupo (pessoas com transtorno mental), uma vez que as pessoas com transtorno mental são vistas como potencialmente perigosas (podem causar algum dano físico) e imprevisíveis (nas quais não se pode confiar) (Melo, 2017). Portanto, quanto maior a percepção de ameaça, maior o preconceito frente à pessoa em sofrimento psíquico e mais resistentes as pessoas serão às propostas de inclusão desse grupo social.

A proposta de inclusão das pessoas com transtorno mental que sofre impacto direto da imagem social negativa desse grupo é a Reforma Psiquiátrica, atual política do campo da saúde mental, que propõe amplas transformações nesse contexto a fim de mudar a relação entre a sociedade e a pessoa em sofrimento psíquico. Esse movimento busca construir um novo olhar diante da diferença e entender complexidade do sofrimento mental (Ramos, Paiva, & Guimarães, 2019). Enfatizando desinstitucionalização e a inclusão social, as ações da reforma direcionam-se para diminuição do número de hospitais psiquiátricos; fortalecimento da assistência de base comunitária; participação de toda a sociedade no processo de acolhimento da pessoa com transtorno mental; entre outros (Macêdo, Barboza, & Tsukuda, 2019; Santos, Silva, Pereira, & Brito, 2018).

A Reforma Psiquiátrica é orientada pelo paradigma psicossocial, o qual opõe-se ao paradigma biomédico, esses modelos apresentam diferenças marcantes com relação às suas propostas direcionadas à saúde mental. O paradigma psicossocial possui como foco de sua atenção o ser humano e sua subjetividade, percebe a pessoa com transtorno mental enquanto protagonista no processo de cuidado e não objeto do saber. Ademais, envolve diferentes formas de cuidado, atuação de equipes multiprofissionais e a assistência acontece prioritariamente em serviços abertos de base comunitária (Yasui, Luzio, & Amarante, 2018). Por outro lado, o paradigma biomédico centraliza suas ações na doença mental e não no sujeito, além disso, suas principais estratégias de intervenção são a

internação em hospitais psiquiátricos e a medicalização (Peres, Crepaldi, Motta, & Grigollo, 2018).

O estabelecimento do paradigma psicossocial no contexto da saúde mental não é uma tarefa simples, nem rápida, uma vez que mesmo diante das amplas transformações propostas pela Reforma Psiquiátrica, prevalecem representações generalizadas na sociedade de que as pessoas com transtornos mentais são perigosas, imprevisíveis, incapazes e vinculadas à ações demoníacas (Braga, Vasconcelos, Vieira, & Maranhão, 2015; Melo, 2017), as quais reforçam o desejo e distanciamento, o preconceito e a percepção da pessoa com transtorno mental enquanto uma ameaça.

Diante desse contexto de estabelecimento de um novo paradigma na saúde mental, esse estudo tem como objetivo propor um modelo explicativo de não adesão ao paradigma psicossocial da saúde mental a partir dos estereótipos, das crenças sobre a etiologia da doença mental, da percepção de ameaça e do preconceito. Foram formuladas as seguintes hipóteses: a crença religiosa estará na base do preconceito (*Hipótese 1*) e da percepção de que o doente mental representa uma ameaça (*Hipótese 2*), uma vez que as crenças estão subjacentes às atitudes e aos comportamentos da população (Pereira, Pereira, & Monteiro, 2016) e, especificamente, a crença religiosa está na base de atitudes e comportamentos negativos frente à pessoa com transtorno mental (Maciel, et al., 2019; Melo, 2017). Os estereótipos (incapacidade e ameaça) explicarão o preconceito (*Hipótese 3*) e a percepção de ameaça (*Hipótese 4*), os quais, assim como as crenças, são utilizados pelas pessoas para embasar atitudes e comportamentos frente aos diferentes grupos sociais (Marques, Páez, & Pinto, 2013). Prevê-se que a percepção de ameaça irá explicar o preconceito (*Hipótese 5*) e a não adesão ao paradigma psicossocial (*Hipótese 6*), à medida que essa variável funciona como um fator motivador do preconceito (Barros, Torres, & Pereira, 2017) e, conseqüentemente, do desejo de distância social das pessoas em sofrimento

psíquico. O preconceito irá predizer a não adesão ao paradigma psicossocial (*Hipótese 7*), uma vez que essa variável apresenta impacto na resistência da população ao apoio às propostas inclusivas às pessoas em sofrimento psíquico (Salles & Barros, 2014; Wagner, Borba, & Silva, 2015). Especificamente, quanto mais as pessoas avaliarem a pessoa com transtorno mental como uma ameaça e quanto maior o preconceito frente a esse grupo, menor será o apoio ao paradigma psicossocial. Cabe salientar que, nesse artigo, o termo “adesão” é entendido como a condordância com as ideias defendidas pelo paradigma psicossocial.

Compreender as variáveis subjacentes ao apoio ao paradigma psicossocial é fundamental para o seu fortalecimento e consolidação no cenário nacional, conhecer as contribuições de tais variáveis possibilitará substrato teórico para uma futura intervenção na busca da efetivação do paradigma psicossocial e, conseqüentemente, da Reforma Psiquiátrica, buscando-se garantir a plena participação nas trocas sociais das pessoas com transtornos mentais.

Método

Participantes

Participaram 400 universitários com média de idade de 24,64 anos ($DP = 6,64$), sendo a maioria do sexo feminino (75,6%), distribuídos equitativamente entre os cursos de Psicologia; Medicina; Enfermagem e Serviço Social, cursos estes escolhidos pelo fato de serem os mesmos dos profissionais presentes nos serviços substitutivos da saúde mental. A amostra foi selecionada por um procedimento não probabilístico, de amostragem por conveniência.

Instrumentos

Escala de Crenças sobre a Doença Mental (ECDM): Essa escala foi construída e validada por Maciel, Pereira, Lima e Souza (2015) para identificar as crenças sobre a natureza da doença mental. É formada por 30 itens distribuídos em seis fatores: Crença psicológica (ex: A doença mental é causada por traumas psicológicos ocorridos na infância), Crença religiosa (ex: A doença mental pode ser uma das manifestações dos espíritos), Crença biológica (ex: A doença mental é causada por problemas biológicos), Crença no uso de Drogas (ex: A ingestão de bebidas alcoólicas em demasia favorece o surgimento das doenças mentais), Crença socioeconômica (ex: A doença mental pode ser causada por problemas financeiros) e Crença contingencial (ex: A doença mental pode ser causada por um traumatismo craniano: queda que machuca a cabeça). A escala de resposta é Likert e varia de discordo totalmente (1) a concordo totalmente (5). Os fatores apresentaram índices adequados de consistência interna: Crença psicológica ($\alpha = 0,74$), Crença religiosa ($\alpha = 0,82$), Crença biológica ($\alpha = 0,72$), Crença no uso de drogas ($\alpha = 0,79$), Crença socioeconômica ($\alpha = 0,75$) e Crença contingencial ($\alpha = 0,70$).

Escala de Estereótipos sobre o Doente Mental (EEDM): Essa escala foi construída e validada por Sousa e Maciel (2019) para identificar os estereótipos sobre o doente mental. É composta por 10 itens distribuídos em dois fatores: Estereótipos de Ameaça, envolvem itens que caracterizam o doente mental como alguém perigoso e que causa medo (ex: Confiável/ Não Confiável) e Estereótipos de Incapacidade, envolvem itens que representam o doente mental como uma pessoa sem competência para a independência e convívio em sociedade (ex: Capaz/Incapaz). Os respondentes devem indicar em uma escala de 7 pontos, do tipo diferencial semântico, qual dos adjetivos se aproximava mais de sua percepção sobre o doente mental. Os fatores Estereótipos de Ameaça ($\alpha = 0,82$) e Estereótipos de Incapacidade ($\alpha = 0,81$) apresentaram uma boa consistência interna.

Escala de Percepção de Ameaça frente ao Doente Mental: Elaborada por Maciel, Souza, Lima, Sousa e Pereira (no prelo) para avaliar a percepção de ameaça frente ao doente mental. É composta por nove itens e dois fatores: Periculosidade, reúne itens que descrevem a pessoa com transtorno mental enquanto alguém ameaçador e que causa medo na população (ex: Doentes mentais são pessoas perigosas) e Imprevisibilidade, agrupa itens que envolvem uma compreensão da pessoa com transtorno mental enquanto alguém em quem não se pode confiar pelo fato de poder agir impulsivamente a qualquer momento, alguém que não tem controle sobre seus atos e impulsos (ex: Doentes mentais são pessoas que podem matar com facilidade). A escala de resposta é Likert e varia de discordo totalmente (1) a concordo totalmente (5). A escala apresentou índice de consistência interna total de 0,80, suficiente para o cálculo de um indicador geral de percepção de ameaça representada pelo doente mental.

Escala de Preconceito frente ao Doente Mental: este instrumento foi adaptado por Maciel et al. (2019) para avaliar o preconceito frente ao doente mental a partir da escala desenvolvida por Pettigrew e Meertens (1995) para medir o preconceito flagrante. É composto por um fator e nove itens que descrevem situações cotidianas relacionadas à rejeição de proximidade com doentes mentais (ex: Ter um (a) vizinho (a) doente mental). Os participantes indicam o quanto se sentem incomodados em cada situação descrita nesses itens numa escala que varia de 1 (nada incomodado) a 5 (muito incomodado). A escala apresentou índice adequado de consistência interna: $\alpha = 0,90$.

Escala de Atitudes em Saúde Mental (EASM): Essa escala foi elaborada e validada por Sousa et al. (2017) para avaliar o posicionamento dos indivíduos frente aos paradigmas biomédico e psicossocial de atenção à saúde mental. É composta por 15 itens e dois fatores: Paradigma Biomédico, formado por itens que legitimam a internação e exclusão social da pessoa com transtorno mental (ex: É muito perigoso conviver com o

doente mental em casa) e Paradigma Psicossocial, composto por itens que se referem à reinserção da pessoa em sofrimento psíquico por meio de ações de resgate da cidadania e vínculo com a família (ex: Os vínculos sociais podem tratar um paciente psiquiátrico). A escala de resposta é do tipo Likert, variando de 1 (Discorda plenamente) a 7 (Concorda plenamente). Os fatores Paradigma Biomédico ($\alpha = 0,71$) e Paradigma Psicossocial ($\alpha = 0,62$) apresentaram bons índices de consistência interna. Para cumprir o propósito desse artigo, utilizou-se apenas um dos fatores dessa escala: paradigma psicossocial.

Os participantes também responderam perguntas de caráter sociodemográfico (idade, curso, período, instituição).

Procedimento de coleta de dados e considerações éticas

Os instrumentos foram aplicados coletivamente, nas salas de aula, por estudantes universitários treinados previamente para tal procedimento. Inicialmente, foram fornecidas informações aos possíveis participantes sobre o objetivo do estudo, a inexistência de respostas certas ou erradas, o direito de optar por participarem ou não e a garantia de anonimato. A coleta de dados teve início após o aceite dos estudantes em participar, o qual foi obtido por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (Protocolo nº 0543/15), obedecendo a todos os cuidados de pesquisa, de acordo com a Resolução 510/2016.

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio do programa SPSS versão 21.0 e incluiu além de análises descritivas (média, desvio padrão etc.), verificação da consistência interna por meio do Alfa de *Cronbach*, análises de correlações de Pearson e

de regressão múltipla (método enter e hierárquico). O programa AMOS versão 18.0 foi empregado para realizar *Path Analysis* (análise de caminhos) a fim de propor um modelo explicativo de não adesão ao paradigma psicossocial. Para conhecer a adequabilidade do ajuste do modelo proposto, foram considerados os seguintes indicadores: χ^2/gl (qui-quadrado pelos graus de liberdade), valores menores do que 5 indicam um ajuste adequado do modelo; o Goodness-of-Fit Index (GFI) e o Comparative Fit Index (CFI), esses dois indicadores podem variar de 0 a 1 e valores próximos a 0,90 são considerados satisfatórios; o Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA) com intervalo de confiança de 90% (IC 90%), valores entre 0,05 e 0,08 são considerados bons e até 0,10 são aceitáveis (Byrne, 2010; Garson, 2012).

Resultados

Inicialmente, foram realizadas análises para conhecer o padrão de correlações entre as variáveis pesquisadas. Os resultados estão descritos na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1. Correlações bivariadas entre as variáveis (N = 400).

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Paradigma psicossocial	1										
2. Preconceito	-0,24**	1									
3. Percepção de ameaça	-0,36**	0,52**	1								
4. Crença psicológica	0,15**	0,08	0,06	1							
5. Crença socioeconômica	0,15**	0,02	-0,06	0,60**	1						
6. Crença biológica	0,05	0,12*	0,09	0,23**	0,10*	1					
7. Crença religiosa	-0,13**	0,23**	0,29**	0,19**	0,25**	0,08	1				
8. Crença no uso de drogas	0,07	0,11*	0,10*	0,39**	0,40**	0,32**	0,08	1			
9. Crença contingencial	-0,06	0,06	0,15**	0,27**	0,28**	0,09	0,32**	0,32**	1		
10. Estereótipos de ameaça	-0,22**	0,37**	0,35**	0,00	-0,03	0,01	0,08	0,02	0,02	1	
11. Estereótipos de incapacidade	-0,30**	0,37**	0,36**	-0,11*	-0,07	0,05	0,10*	0,02	0,02	0,63**	1

Nota: ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$. Identificação das variáveis: 1= Paradigma psicossocial, 2 = Preconceito, 3 = Percepção de ameaça, 4= Crença psicológica, 5 = Crença socioeconômica, 6 = Crença biológica, 7 = Crença religiosa, 8 = Crença no uso de drogas, 9 = Crença contingencial, 10 = Estereótipos de ameaça, 11= Estereótipos de incapacidade.

Os resultados apontaram que o paradigma psicossocial apresentou uma correlação negativa e significativa com o preconceito ($r = -0,24$; $p < 0,01$), com a percepção de ameaça ($r = -0,36$; $p < 0,01$), com os estereótipos de ameaça ($r = -0,22$; $p < 0,01$) e com os estereótipos de incapacidade ($r = -0,30$; $p < 0,01$). O paradigma psicossocial também demonstrou estar relacionado com as crenças: de forma positiva com a crença psicológica ($r = 0,15$; $p < 0,01$); crença socioeconômica ($r = 0,15$; $p < 0,01$) e de forma negativa com a crença religiosa ($r = -0,13$; $p < 0,01$).

Já o preconceito demonstrou estar associado de forma positiva à percepção de ameaça ($r = 0,52$; $p < 0,01$), à crença biológica ($r = 0,12$; $p < 0,05$), à crença religiosa ($r = 0,23$; $p < 0,01$), à crença no uso de drogas ($r = 0,11$; $p < 0,05$), aos estereótipos de ameaça ($r = 0,37$; $p < 0,01$) e aos estereótipos de incapacidade ($r = 0,37$; $p < 0,01$).

A percepção de ameaça apresentou relação positiva e significativa com as crenças e estereótipos. Quanto às crenças, observou-se correlação com a crença religiosa ($r =$

0,29; $p < 0,01$); crença no uso de drogas ($r = 0,10$; $p < 0,05$) e crença contingencial ($r = 0,15$; $p < 0,01$), quanto aos estereótipos, observou-se correlação com os estereótipos de ameaça ($r = 0,35$; $p < 0,01$) e com os estereótipos de incapacidade ($r = 0,36$; $p < 0,01$).

Todas as crenças correlacionaram-se entre si (todas positivas e variando de fraca a forte), exceto: a crença religiosa com a crença biológica e a crença no uso de drogas, e a crença contingencial com a crença biológica. Com relação aos estereótipos, observaram-se correlação negativa entre o estereótipo de incapacidade e crença psicológica ($r = -0,11$; $p < 0,05$) e correlação positiva entre esse estereótipo e a crença religiosa ($r = 0,10$; $p < 0,05$).

Com o propósito de buscar evidências mais robustas acerca da relação entre as variáveis e verificar como crenças; estereótipos; percepção de ameaça e preconceito predizem o paradigma psicossocial, decidiu-se estimar três modelos de regressão múltipla, método enter, os resultados são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Coeficientes de regressão

	Percepção de ameaça		Preconceito		Paradigma psicossocial	
	B	B	B	B	B	β
<i>Constante</i>	0,67		-0,36		5,08	
C. psicológica	0,13	0,12*	0,04	0,03	0,13	0,11
C. socioeconômica	-0,23	-0,24**	0,01	0,01	0,06	0,06
C. biológica	0,02	0,01	0,07	0,05	0,06	0,05
C. religiosa	0,25	0,26**	0,10	0,09*	-0,06	-0,05
C. uso de drogas	0,09	0,09	0,05	0,04	0,05	0,05
C. contingenciais	0,06	0,06	-0,07	-0,06	-0,07	-0,06
E. ameaça	0,12	0,18**	0,11	0,14*	0,00	0,00
E. incapacidade	0,13	0,20**	0,09	0,13*	-0,11	-0,17*
Percepção de ameaça			0,48	0,40**	-0,28	-0,26**
Preconceito					-0,04	-0,05
R²	0,26		0,34		0,20	
R² ajustado	0,25		0,33		0,18	

Nota: $p < 0,05^*$; $p < 0,01^{**}$

Inicialmente, regrediu-se a variável critério percepção de ameaça com as crenças sobre a etiologia da doença mental e com os estereótipos [$F(8, 401) = 17,67, p < 0,001$]. Os resultados mostraram que a crença psicológica ($\beta = 0,12, p < 0,05$); a crença socioeconômica ($\beta = -0,24, p < 0,01$); a crença religiosa ($\beta = 0,26, p < 0,01$); os estereótipos de ameaça ($\beta = 0,18, p < 0,01$) e de incapacidade ($\beta = 0,20, p < 0,01$) foram preditores estatisticamente significativos da percepção de ameaça, sendo responsáveis conjuntamente por 25% da variância.

Em seguida, estimou-se um modelo de regressão que avaliou o efeito das crenças sobre a etiologia da doença mental, estereótipos e percepção de ameaça no preconceito [$F(9, 401) = 23,13, p < 0,001$]. Os resultados indicaram que o preconceito é explicado pela crença religiosa ($\beta = 0,09, p < 0,05$), estereótipos de ameaça ($\beta = 0,14, p < 0,05$), de incapacidade ($\beta = 0,13, p < 0,05$) e percepção de ameaça ($\beta = 0,40, p < 0,01$) e esses previsores foram responsáveis por 33% da variância.

Na terceira equação de regressão, regrediu-se a variável critério paradigma psicossocial com as crenças, estereótipos, percepção de ameaça e preconceito [$F(10, 395) = 9,96, p < 0,001$]. A percepção de ameaça ($\beta = -0,26, p < 0,01$) e os estereótipos de incapacidade ($\beta = -0,17, p < 0,05$) apresentaram efeito significativo, negativo e deram conta de 18% da variância. Quanto maior a percepção de ameaça e os estereótipos de incapacidade, menor o apoio ao paradigma psicossocial.

Na busca de entender a relação entre o paradigma psicossocial e o preconceito na presença das demais variáveis realizou-se análise de regressão múltipla, método hierárquico. Na primeira equação, regrediu-se a variável paradigma psicossocial com o preconceito [$F(1, 401) = 23,37, p < 0,001$], observou-se um efeito significativo e negativo ($\beta = -0,24, p < 0,01$), a variância explicada foi de 5% (R^2 ajustado). Na segunda, adicionaram-se as crenças sobre a etiologia da doença mental [$F(7, 401) = 7,71, p <$

0,001], os resultados encontrados foram: preconceito ($\beta = -0,23$, $p < 0,01$); crença psicológica ($\beta = 0,12$, $p < 0,05$); crença socioeconômica ($\beta = 0,12$, $p < 0,05$) e crença religiosa ($\beta = -0,11$, $p < 0,05$), os preditores foram responsáveis por 10% da variância (R^2 ajustado). Na terceira, acrescentaram-se os estereótipos sobre o doente mental [$F(9,401) = 8,34$, $p < 0,001$], as variáveis que apresentaram contribuições significativas foram: preconceito ($\beta = -0,14$, $p < 0,05$); crença socioeconômica ($\beta = 0,12$, $p < 0,05$); crença religiosa ($\beta = -0,10$, $p < 0,05$) e estereótipo de incapacidade ($\beta = -0,20$, $p < 0,01$), a variância explicada foi de 14% (R^2 ajustado). Na quarta, acrescentou-se a percepção de ameaça [$F(10,401) = 10,00$, $p < 0,001$], os achados são os já mencionados na Tabela 2 (Terceira equação de regressão), as variáveis percepção de ameaça ($\beta = -0,26$, $p < 0,01$) e os estereótipos de incapacidade ($\beta = -0,17$, $p < 0,05$) foram significativos, a variância explicada foi 18% (R^2 ajustado). Ou seja, na presença da percepção de ameaça, o preconceito perde o poder de explicar a não adesão ao paradigma psicossocial.

Por fim, foi realizada uma *path analysis*, com base na matriz de variância-covariância e adotando o estimador ML (Máxima Verossimilhança). Para a testagem de modelos, essa análise é considerada bastante criteriosa e rigorosa (Byrne, 1989; Hair, Tatham, Anderson, & Black, 2005). Essa análise teve como objetivo de propor um modelo explicativo de não adesão ao paradigma psicossocial. Tendo em conta os resultados encontrados (correlações e regressões realizadas) e os aspectos teóricos, decidiu-se verificar a adequação de um modelo no qual a crença psicológica, a crença socioeconômica, a crença religiosa e os estereótipos expliquem a percepção de ameaça e esta, por sua vez, prediga, juntamente com a crença religiosa e os estereótipos, o preconceito, o qual explica a não adesão ao paradigma psicossocial juntamente com a percepção de ameaça e estereótipos de incapacidade. O modelo testado obteve os seguintes índices de ajuste, $\chi^2/gf = 2,73$, GFI = 0,99, CFI = 0,98, RMSEA = 0,06 (IC90%

= 0,029 - 0,105). O peso de regressão do preconceito no paradigma psicossocial não foi significativo. Os demais pesos de regressão foram significativamente diferentes de zero ($\lambda \neq 0$; $z > 1,96$, $p < 0,05$). O modelo é apresentado na Figura 1.

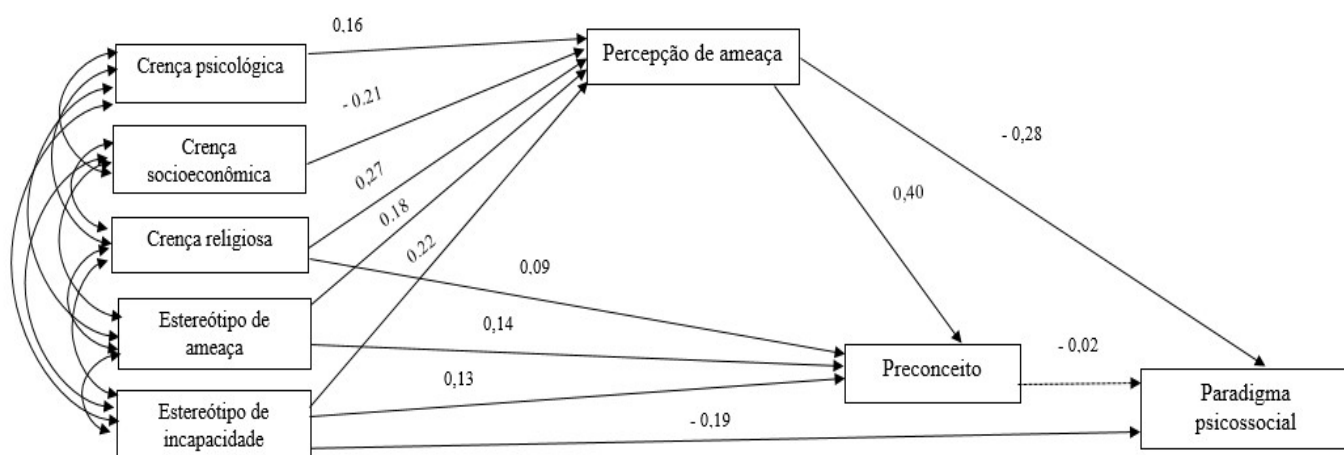


Figura 1. Modelo de não adesão ao paradigma psicossocial.

Discussão

Nesse artigo, buscou-se propor um modelo explicativo de não adesão ao paradigma psicossocial da saúde mental a partir dos estereótipos, das crenças sobre a etiologia da doença mental, da percepção de ameaça e do preconceito. As análises realizadas indicaram que quanto maior a percepção de ameaça e a concordância com o estereótipo de incapacidade, menor o apoio ao paradigma psicossocial. Observou-se também que as crenças acerca da etiologia da doença mental e os estereótipos estão na base da percepção de ameaça e todas estas variáveis juntas predizem maior preconceito.

A percepção de ameaça, especificamente, foi explicada pela crença na natureza religiosa da doença mental, confirmando a *Hipótese 2*, pela crença psicológica; pela

crença socioeconômica e pelos estereótipos de ameaça e incapacidade, conforme predito pela *Hipótese 4*.

Quanto às crenças acerca da etiologia da doença mental, a religiosa considera o sofrimento psíquico como resultado da ação de demônios; espíritos ou divindades, já a crença psicológica afirma que esse fenômeno é causado por problemas emocionais; estresse e traumas de infância (Maciel, Pereira, Lima, & Souza, 2015). Ambas crenças estão diretamente relacionadas à percepção de ameaça, ou seja, quanto maior a concordância com tais crenças, maior o sentimento de ameaça. Sobre o efeito encontrado, Maciel et al. (2019) comentam que a percepção da causa do adoecimento mental enquanto algo que foge ao controle do indivíduo, pode levar a uma maior percepção de ameaça por estar associada a uma menor chance de recuperação. A afirmação dos autores apresenta convergência com a literatura, estudos anteriores (Adewuya & Makanjuola 2008; Barczyk, 2015) mostram que a crença na incurabilidade da pessoa com transtorno mental está associada a atitudes negativas, como desejo de distância social.

A crença na etiologia socioeconômica da doença mental, que a associa à pobreza; desemprego e falta de alimentação (Maciel, Pereira, Lima, & Souza, 2015), apresentou relação inversa com a percepção de ameaça, sendo que concordar com tal crença leva a uma menor percepção de ameaça. De modo contrário à crença religiosa e psicológica, a crença socioeconômica está associada a atitudes e comportamentos mais positivos, pelo fato de o sofrimento psíquico quando vinculado a tal crença ser visto enquanto passível de curabilidade. Sobre isso, Loch (2013) afirma que explicações sobre a doença mental que envolvem aspectos sociais estão mais ligadas a atitudes positivas do que as explicações biogenéticas, por exemplo. Segundo esse autor, isso se deve ao fato de as diferenças biológicas entre as pessoas serem percebidas como mais fundamentais e imutáveis do que as diferenças resultantes de aspectos socioeconômicos. De modo

semelhante, Grausgruber, Meise, Katschnig, Schöny e Fleischhacker (2007) encontraram em sua pesquisa que quando aspectos sociais foram apontados como a causa da doença mental, menor desejo de distância social foi observado.

Além de ter sido explicada pelas crenças, a percepção de ameaça também foi predita pelos estereótipos. Observou-se que quanto maior os estereótipos de ameaça e de incapacidade, maior o sentimento de ameaça frente ao doente mental. Marques, Páez e Pinto (2013) afirmam que os estereótipos são fundamentais para a compreensão das relações intergrupais pelo fato de eles influenciarem as atitudes e comportamentos das pessoas frente aos diferentes grupos sociais. Em concordância com esses autores, os resultados dessa pesquisa apontam que estereótipos negativos são preditores de atitudes negativas frente às pessoas em sofrimento psíquico, nomeadamente a percepção de ameaça. Pesquisa desenvolvida por Moll, Silva, Magalhães e Ventura (2017) evidencia tal relação. Esses pesquisadores desenvolveram um estudo com 31 pessoas da equipe de enfermagem que atuavam na internação psiquiátrica de um hospital geral do estado de Minas Gerais, usaram entrevistas semiestruturadas e identificaram que esses profissionais percebiam os pacientes psiquiátricos como agredidos e imprevisíveis, concordavam com os estereótipos negativos acerca desse grupo, e isso despertava neles o sentimento de medo/ameaça e insegurança durante a realização de suas atividades na psiquiatria, impactando diretamente na qualidade do cuidado oferecido.

O preconceito foi predito de forma direta pelos estereótipos (ameaça e incapacidade), pela crença religiosa e pela percepção de ameaça, confirmando, respectivamente, a *Hipótese 3*, *Hipótese 1* e a *Hipótese 5*. Os resultados desse estudo reforçam a evidência empírica de que os estereótipos, as crenças e a percepção de ameaça são fortes preditores do preconceito, como já apontam outros estudos sobre o tema (Melo, 2017; Pereira, Torres, Falcão, & Pereira, 2013; Stephan, Ybarra, & Morrison, 2009;

Stephan & Stephan, 2000). Ademais, esses resultados evidenciam como o preconceito no contexto da saúde mental está fundamentado, sinalizando importantes aspectos a serem considerados na busca de promover a superação dessa atitude negativa direcionado às pessoas com transtorno mental, o que é indispensável para o rompimento com práticas enclausurantes e adoção de medidas orientadas para a reabilitação psicossocial.

O paradigma psicossocial, foi explicado pela percepção de ameaça, dando suporte à *Hipótese 6*, e pelo estereótipo de incapacidade. Concretamente, observou-se que quanto maior o sentimento de ameaça frente à pessoa com transtorno mental e a concordância com o estereótipo de incapacidade, menor o apoio ao paradigma psicossocial. Portanto, essas variáveis são apontadas nessa pesquisa como importantes barreiras à efetivação do modelo psicossocial. O paradigma de atenção psicossocial que direciona a atual política do campo da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica, busca transformar as antigas práticas manicomiais em novas práticas pautadas pela desinstitucionalização e inclusão social, porém, um dos principais desafios desse paradigma é a transformação da segregação social das pessoas em sofrimento psíquico em uma proposta baseada no acolhimento na comunidade e participação social (Rodrigues & Yasui, 2016).

Coerente com a relação entre percepção de ameaça e paradigma psicossocial identificada nesse estudo, Neto, Serra, Stefanovics, Rosenheck e Cavalcante (2019) apontam que o sentimento de ameaça está relacionado ao desejo de evitação social, a fim de promover uma proteção do indivíduo ou da comunidade frente a algo ameaçador ou passível de causar algum dano. Corroborando tal afirmação, Maciel et al. (2019) verificou empiricamente, em um estudo com universitários de Enfermagem; Medicina; Psicologia e Serviço Social, que a percepção de ameaça frente à pessoa com transtorno mental está relacionada à exclusão social desse grupo. Ademais, pesquisa realizada por Santos e Martins (2016), por meio de entrevistas com profissionais do CAPS (Centro de Atenção

Psicossocial) de uma cidade do estado da Bahia, identificou que o sentimento de ameaça direcionado às pessoas com transtornos mentais representa uma barreira à concretização do processo de inclusão social. Os profissionais afirmaram que a comunidade olha com desconfiança e medo para os usuários do CAPS, a circulação dessas pessoas na comunidade é comprometida, eles são rejeitados em muitos espaços e percebidos pela comunidade como potencialmente agressivos.

Sobre os estereótipos de incapacidade, estes envolvem a ideia de que a pessoa com transtorno mental não possui competência para a independência e convívio em sociedade (Sousa & Maciel, 2019). A associação negativa entre essa variável e o paradigma psicossocial encontrada nesse estudo permite inferir que devido à impossibilidade de gerir a própria vida e de desenvolver hábitos e atitudes sociáveis a pessoa em sofrimento psíquico deve ser mantida excluída. Sobre isso, Vietta e Kodato (2001) afirmam que ainda é bastante presente a ideia de que as pessoas com transtornos mentais devem ser mantidas distantes e sob os cuidados de instituições especializadas pautada na justificativa de que esses indivíduos são incapazes de conviver conforme os padrões socialmente aceitos, uma vez que apresentam comportamentos e atitudes inadequadas para a vida em sociedade. Concernente a essa perspectiva, Sartori (2015), em uma pesquisa sobre as representações sociais do transtorno mental e da assistência prestada ao doente mental, com doze profissionais da saúde, verificou que os participantes percebiam a pessoa com transtorno mental como alguém que apresentava incapacidade para a vida social por apresentar características (ex: descontrole, agressividade) que comprometiam o convívio no contexto da comunidade, familiar e do trabalho. Diante disso, observa-se que os resultados encontrados nesse artigo convergem com o que aponta a literatura e reforçam o papel do estereótipo de incapacidade como um importante empecilho para o estabelecimento do paradigma psicossocial.

Um achado inesperado foi a relação não significativa entre o preconceito e o paradigma psicossocial, não confirmando a *Hipótese 7*. As análises de regressão apresentadas demonstraram que na presença da percepção de ameaça, a variável preconceito não apresenta efeito significativo na predição do paradigma psicossocial. A percepção de ameaça envolve uma reação natural de defesa contra o perigo supostamente representado pelos doentes mentais à integridade física das pessoas (Maciel et al., 2019), ou seja, envolve o fato de essa categoria representar uma ameaça à sobrevivência dos indivíduos (Maciel, Souza, Lima, Sousa, & Pereira, no prelo). O preconceito, por sua vez, é um fenômeno que articula aspectos cognitivos, como os estereótipos, e aspectos sociais, como a história dos conflitos intergrupais em uma determinada sociedade (Batista, Leite, Torres, & Camino, 2014) portanto, evoca questões diferentes das trazidas pela percepção de ameaça. Dessa forma, constata-se que a percepção de ameaça por envolver algo básico e fundamental, a sobrevivência, apresentou maior significância na predição da não adesão ao paradigma psicossocial, para a amostra dessa pesquisa, que o preconceito.

Nesse cenário, é importante reforçar que o modelo de atenção psicossocial propõe amplas transformações no contexto da saúde mental que envolvem desde a percepção da pessoa com transtorno mental enquanto um cidadão; novos dispositivos de trabalho e práticas de intervenção, até uma compreensão do cuidado enquanto algo que ultrapassa a remissão de sintomas (Barbosa, Lima, Simões, Pedroza, & Mello, 2017). Ao longo do processo de superação do paradigma biomédico e estabelecimento do paradigma psicossocial, mudanças importantes foram alcançadas, mas o modelo psicossocial ainda não está estabelecido de fato, há fortes entraves à sua concretização.

Conforme o entendimento de Nunes e Torrenté (2009) e Pacheco e Silva (2018), uma das barreiras às ações do paradigma psicossocial é a herança cultural que estabelece a associação entre doença mental, perigo e ameaça, apresentando-se como um importante

desafio desconstruir a imagem social negativa desse grupo historicamente estigmatizado. Nesse sentido, entender as variáveis que perpassam o atual contexto da saúde mental e dificultam as ações do modelo psicossocial contribui para a compreensão dos fatores envolvidos na não adesão a esse paradigma e para a proposição de intervenções eficazes e consistentes que favoreçam a efetivação do paradigma psicossocial no cenário nacional.

Considerações finais

Esse estudo permitiu ampliar as informações na literatura acerca das variáveis que estão envolvidas na efetivação do paradigma psicossocial. Os resultados encontrados revelaram que quanto maior a percepção de ameaça e a concordância com o estereótipo de incapacidade, menor o apoio ao paradigma psicossocial. Identificou-se também que as crenças acerca da etiologia da doença mental e os estereótipos estão na base da percepção de ameaça e todas estas variáveis juntas predizem maior preconceito. Considerar tais relações é fundamental para que ações efetivas sejam realizadas na direção de promover o fortalecimento e consolidação do paradigma psicossocial. Pode-se atuar, por exemplo, na desconstrução dos estereótipos e crenças negativas sobre a doença mental, variáveis apontadas nesse estudo como subjacentes ao preconceito e à percepção de ameaça. Além disso, é fundamental que toda a sociedade reflita acerca das atuais concepções e práticas que perpassam o campo da saúde mental, buscando-se atitudes e comportamentos que promovam inclusão. Estratégias que fortaleçam e favoreçam a consolidação do paradigma psicossocial são de grande importância, especialmente, no atual contexto, no qual observam-se iniciativas que sinalizam consideráveis retrocessos na política de saúde mental, como a portaria nº 3588, de 2017, a qual propõe, entre outras coisas, a inclusão dos manicômios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a expansão das comunidades terapêuticas (Giovanetti, 2018; Figueiredo & Cerqueira-Santos, 2019).

Ainda sobre os achados dessa pesquisa, chama a atenção o fato de a amostra formada por universitários apontar a crença religiosa acerca da etiologia da doença mental como uma variável que contribui para a maior percepção de ameaça e preconceito. Tal crença considera o sofrimento psíquico como resultado da ação de demônios, espíritos ou divindades e representa ideias desenvolvidas durante a Idade Média, sem nenhuma evidência científica. Isso demonstra que esses estudantes ainda concordam com crenças estereotipadas e carregadas de preconceito acerca da etiologia da doença mental.

Os resultados encontrados oferecem um importante fundamento teórico que pode contribuir para a elaboração de intervenções eficazes e coerentes para a efetivação do paradigma psicossocial. Embora os achados apresentem importantes contribuições para a compreensão do fenômeno considerado, algumas limitações merecem ser comentadas. Cabe mencionar que o tipo de amostragem utilizada foi a de conveniência, o que limita a generalização dos resultados para outras amostras. Além disso, a natureza correlacional da pesquisa não permite que se afirme relações de causalidade entre as variáveis. Por fim, os achados podem ter sido afetados pela desejabilidade social, tendência a emitir respostas socialmente aceitáveis, mascarando a real opinião.

É importante que pesquisas futuras sejam realizadas levando em conta as limitações acima apresentadas. Novas pesquisas utilizando cenários experimentais podem ser desenvolvidas, como também aquelas que utilizem medidas implícitas para tentar reduzir o efeito da desejabilidade social.

Referências

- Adewuya, A. O., & Makanjuola, R. O. A. (2008). Social distance towards people with mental illness in southwestern Nigeria. *The Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 42(5), 389–395. doi: 10.1080/00048670801961115

- Barbosa, V., Lima, C., Simões, J., Pedroza, R., & Mello, M. (2017). Tecnologias leves para o cuidado de enfermagem na atenção psicossocial: contribuições à superação de estigmas sobre a doença mental. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão*, 14(26), 119-132. doi:10.5007/1807-0221.2017v14n26p119
- Barros, C. M. D. L., Torres, A. R. R., & Pereira, C. R. (2017). Atitudes de estudantes de medicina face ao "Mais Médicos" revela favorecimento endogrupal. *Revista Psico*, 48(1), 12-20. doi:10.15448/1980-8623.2017.1.23871
- Barczyk, A.N. (2015). Relationship Between the Public's Belief in Recovery, Level of Mental Illness Stigma, and Previous Contact. *Community Ment Health J*, 51, 38–47 doi:10.1007/s10597-014-9766-z
- Batista, J. R. M., Leite, E. L., Torres, A. R. R., & Camino, L. (2014). Negros e nordestinos: similaridades nos estereótipos raciais e regionais. *Revista Psicologia Política*, 14(30), 325-345. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2014000200008&lng=pt&tlng=pt.
- Braga, I. B., Vasconcelos, J. F., Vieira, A. C. C., & Maranhão, T. L. G. (2015). Representação social de doente mental na percepção de cuidadores. *ID online Revista de Psicologia*, (27), 98-117. Recuperado em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/349>
- Byrne, B. M. (1989). *A primer of LISREL: Basic applications and programming for confirmatory factor analytic models*. New York: Springer-Verlag.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with Amos: Basic concepts, applications, and programming*. New York: Routledge.
- Figueiredo, J. M. A., & Cerqueira-Santos, E. (2019). Exclusão social das pessoas com transtornos mentais severos e as repercussões na vivência sexual. In E. Cerqueira-

- Santos & L. Maia (Orgs.), *Preconceito e exclusão social: estudos em psicologia no Brasil* (pp. 218-246). Terezina, PI: EDUFPI.
- Garson, G. D. (2012). *Structural Equation Modeling*. Asheboro: Statistical Associates Publishers.
- Giovanetti, F. Z. C. (2018). *A negação da clínica na saúde mental: impossibilidade para a sustentação da proposta antimanicomial*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Gondim, S. M. G., Techio, E. M., Paranhos, J., Moreira, T., Brantes, C., Bonifácio Sobrinho, J., & Santana, V. (2013). Imigração e Trabalho: Um Estudo Sobre Identidade Social, Emoções e Discriminação Contra Estrangeiros. *Psicologia em Pesquisa*, 7(2), 151-163. doi:10.5327/Z1982-1247201300020003
- Grausgruber, A., Meise, U., Katschnig, H., Sch€ony, W., & Fleischhacker, W. W. (2007). Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: A comparison between the general public, relatives and mental health staff. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 310–319. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00882.x
- Gureje, O., Olley, B. O., Oluwanuga, O. E., & Kola, L. (2006). Do beliefs about causation influence attitudes to mental illness? *World Psychiatry*, 5(2), 104-107. Recuperado de: <https://www.ncbi-nlm-nih-gov.ez15.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC1525129>
- Hair, J. F., Tatham, R. L., Anderson, R. E., & Black, W. (2005). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Loch, A. A. (2013). *Estereótipos e crenças relacionadas à esquizofrenia: Um levantamento comparativo entre profissionais de saúde mental e a população geral do Brasil*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

- Macêdo, S. A., Barboza, W. C. S., & Tsukuda, Y. F. (2019). Da institucionalização total à medicalização: relatos sobre os dispositivos de saúde mental em Feira de Santana – BA. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 8(1), 1-13.doi: 10.17267/2317-3394rpds.v8i1.2043
- Maciel, S. C., Pereira, C. R., Lima, T. J. S., & Souza, L. E. C. (2015). Desenvolvimento e validação da escala de crenças sobre a doença mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(3), 463-473. doi: 10.1590/1678-7153.201528305
- Maciel, S. C., Pereira, C. R., Lima, T. J. S., Souza, L. E. C., Camino, L. e Silva, G. L. S. (2019) Exclusão social de pessoas que sofrem de transtornos mentais: uma proposta para um modelo explicativo. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 29, e2915 <https://dx.doi.org/10.1590/1982-4327e2915>
- Maciel, S. C., Souza, L. E. C., Lima, T. J. S., Sousa, P. F., Pereira, C. R. (no prelo). Elaboração e evidências preliminares de validade da Escala de Percepção de Ameaça frente ao Doente Mental. *Revista Estudos de Psicologia (Campinas)*.
- Marques, J. M., Páez, D., & Pinto, I. R. (2013). Estereótipos: Antecedentes e consequências das crenças sobre os grupos. In: J. Vala & M.B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia Social* (pp.435-492). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Melo, J. R. F. (2017). *Preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia: explicações com base em crenças causais e estereótipos*. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Moll, M. F., Silva, L. D., Magalhães, F. L., & Ventura, C. A. (2017). Profissionais de enfermagem e a internação psiquiátrica em hospital geral: percepções e capacitação profissional. *Cogitare Enfermagem*, 22 (2), 1-9.doi:10.5380/ce. v22i1.49933

- Nata, G. (2011). *Diferença cultural e democracia: identidade, cidadania e tolerância na relação entre maioria e minorias*. Tese de Doutorado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal.
- Neto, H. G. R., Serra, R. D., Stefanovics, E., Rosenheck, R., & Cavalcanti, M. T. (2019). Um estudo longitudinal sobre a influência do internato em saúde mental na redução de atitudes negativas de estudantes de Medicina em relação a portadores de transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(3), 139-145. doi:10.1590/0047-20850000000239
- Nunes, M., & Torrenté, M. (2009). Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Revista de Saúde Pública*, 43(Suppl. 1), 101-108. doi:10.1590/S0034-89102009000800015
- Pacheco, R. F., & Silva, C. R. (2018). (Com) viver com a loucura: por um cuidado extramuros. *Revista Polis e Psique*, 8 (2), 140-161. Recuperado em 05 de fevereiro de 2019, de <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/78136>
- Pereira, A., Pereira, C. R., & Monteiro, M. B. (2016). Normative pressure to reduce prejudice against homosexuals: The buffering role of beliefs about the nature of homosexuality. *Personality and Individual Differences*, 96, 88–99. doi: 10.1016/j.paid.2016.02.042
- Pereira, C. R., Torres, A. R., Falcão, L., & Pereira, A. S. (2013). O Papel de Representações Sociais sobre a Natureza da Homossexualidade na Oposição ao Casamento Civil e à Adoção por Famílias Homoafetivas. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 29(1), 79-89. doi: 10.1590/S0102-37722013000100010
- Pereira, C., Vala, J., & Costa-Lopes, R. (2010). From prejudice to discrimination: The legitimizing role of perceived threat in discrimination against immigrants. *European Journal of Social Psychology*, 40, 1231-1250. doi: 10.1002/ejsp.718

- Peres, G., Crepaldi, M., Motta, C., & Grigolo, T. (2018). Limites e desafios da rede de atenção psicossocial na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 10(27), 34-52. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3384>
- Pettigrew, T., & Meertens, R. (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25 (1), 57-75. doi: 10.1002/ejsp.2420250106
- Ramos, D. K. R., Paiva, I. K. S., & Guimarães, J. (2019). Pesquisa qualitativa no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: vozes, lugares, saberes/fazer. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(3), 839-852. doi: 10.1590/1413-81232018243.00512017
- Rodrigues, A. C., & Yasui, S. (2016). Oficinas de geração de trabalho e renda na atenção psicossocial: reflexões sobre um equipamento e suas produções de cuidado. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 8(20), 1-23. Recuperado em 05 de fevereiro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198421472016000300002&lng=pt&tlng=pt.
- Salles, M. M., & Barros, S. (2014). Da cidadania à realização de projetos de vida: inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24 (4), 1275-1292. Recuperado de: <https://scielosp.org/pdf/physis/2014.v24n4/1275-1292/pt>
- Santos, A. B., Silva, G. G., Pereira, M. E. R., & Brito, R. S. (2018). Saúde mental, humanização e direitos humanos. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 10 (25), 01-19. Recuperado em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4990>
- Santos, A.V., & Martins, H. T. (2016). Um breve percurso na prática de inserção social em um centro de atenção psicossocial - CAPS na Bahia. *Revista Polis e Psique*, 6(3),

- 124-144. Recuperado em 05 de fevereiro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238152X2016000300008&lng=pt&tlng=pt.
- Sartori, N. R. (2015). *Representações sociais sobre o “louco” e a “loucura”: Concepções e práticas de profissionais da atenção básica*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Sousa, P. F., & Maciel, S. C. (2019). Escala de estereótipos sobre o doente mental: Construção e evidências psicométricas preliminares. *Revista Temas em Psicologia*, 27(2), 459-471. doi:10.9788/tp2019.2-12
- Sousa, P. F., Maciel, S. C. M., Torres, A. R. R., Lima, T. J. S., Medeiros, K. T., & Vieira, G. L. S. (2017). Evidências de validade fatorial e precisão da escala de atitudes em saúde mental. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34 (1), 97-106. doi: 10.1590/1982-02752017000100010
- Stefanovics, E. A., He, H., Cavalcanti, M., Neto, H., Ofori-Atta, A., Leddy, M., Ighodaro, A., & Rosenheck, R. (2016). Witchcraft and Biopsychosocial Causes of Mental Illness: Attitudes and Beliefs About Mental Illness Among Health Professionals in Five Countries. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204 (3), 169-174. doi: 10.1097/NMD.0000000000000422
- Stephan, W. G., Ybarra, O., & Morrison, K. R. (2009). Inter group threat theory. In T. D. Nelson (Ed.), *Hand book of prejudice* (pp. 43-60). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Stephan, W. G., & Stephan, C.W. (2000). Na integrated threat theory of prejudice. In S. Oskamp (Ed.), *Reducing prejudice and discrimination* (pp.23-46). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Veitta, E. P., & Kodato, S. (2001). Representação social da doença mental em enfermeiros psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28 (5), 233-242.

- Yasui, S., Luzio, C.A., & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 173-90. Doi: 10.22456/2238-152X.80426
- Wagner, L. C., Borba, E. C., & Silva, M. S. (2015). Inclusão ocupacional: perspectiva de pessoas com esquizofrenia. *Revista Psicologia em Estudo*, 20 (1), 83-94. doi:10.4025/psicolestud.v20i1.25522

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese teve como objetivo propor um modelo explicativo de não adesão ao paradigma psicossocial a partir dos estereótipos, das crenças sobre a etiologia da doença mental, da percepção de ameaça e do preconceito. Para tanto, foram elaborados quatro artigos. O artigo 1, de natureza teórica, permitiu aprofundar a compreensão dos construtos: estereótipos, crenças sobre a etiologia da doença mental, percepção de ameaça, preconceito e paradigma psicossocial; como também indicou que as variáveis aqui consideradas podem contribuir de maneira significativa para a compreensão da não adesão ao paradigma psicossocial.

Os artigos 2, 3 e 4 foram de natureza empírica. O artigo 2 demonstrou, por meio das representações sociais elaboradas por profissionais da saúde mental, universitários e estudantes do ensino médio, que o louco/doente mental apresenta uma conotação negativa no imaginário social, estando vinculado à periculosidade, agressividade, necessidade de tutela, entre outros. O artigo 3, elaborado a partir dos resultados encontrado no artigo anterior e dados da literatura, forneceu uma escala com parâmetros psicométricos adequados para avaliar estereótipos sobre o doente mental, o instrumento é composto por dois fatores (Estereótipos de ameaça e Estereótipos de incapacidade), 10 itens e é autoaplicável. Esse instrumento suprimiu uma lacuna no contexto brasileiro no que se refere a uma medida de estereótipos sobre o doente mental e pode ser satisfatoriamente empregado para realizar intervenções que busquem desconstruir a imagem negativa do doente mental e, conseqüentemente, favorecer a efetivação do paradigma psicossocial.

Por último, no artigo 4, elaborou-se um modelo explicativo de não adesão ao paradigma psicossocial. Os resultados demonstraram que quanto maior a percepção de ameaça e a concordância com o estereótipo de incapacidade, menor o apoio ao paradigma

psicossocial. Ademais, verificou-se que as crenças acerca da etiologia da doença mental e os estereótipos estão na base da percepção de ameaça e todas estas variáveis juntas predizem maior preconceito. Diante dos resultados apresentados, pode-se afirmar que a tese defendida, a saber: a não adesão ao paradigma psicossocial está associada à permanência do preconceito e da percepção de ameaça frente ao doente mental, os quais estão ancorados em crenças acerca da etiologia da doença mental e em estereótipos negativos, foi confirmada em parte, uma vez que o preconceito não explicou a não adesão ao paradigma psicossocial, conforme previsto.

Os quatro artigos elaborados permitiram ampliar os conhecimentos acerca do atual contexto da saúde mental, o qual tem suas ações direcionadas pela Reforma Psiquiátrica. Embora esta seja a atual política desse campo, os desafios para fazer avançar a reforma ainda são muitos, dentre os quais pode-se citar o fato de o paradigma psicossocial dividir espaço com o paradigma biomédico e as proposições deste serem amplamente aceitas e adotadas em muitos espaços, fato evidenciado no artigo 2 desta tese, reforçando o preconceito e exclusão social das pessoas em sofrimento psíquico.

Sabe-se que promover uma ampla transformação como a proposta pela Reforma Psiquiátrica requer tempo e, sobretudo, uma abordagem educativa, é necessário levar aos diferentes espaços sociais informações reais e desmistificar todas as crenças e estereótipos negativos construídos sobre as pessoas com transtorno mental ao longo dos tempos. Quanto a abordagem educativa, as escolas; universidades e profissionais da saúde mental têm um importante papel, estes podem estimular a população a refletir/debater sobre o tema da saúde mental e propagar informações fundamentadas cientificamente.

Os estudos desenvolvidos nesta tese além de desvelarem a realidade do campo da saúde mental, ainda marcada por preconceito e exclusão, sinalizaram possíveis direções para o fortalecimento e consolidação do paradigma psicossocial e, conseqüentemente, da

Reforma Psiquiátrica. O modelo explicativo proposto demonstra como variáveis que perpassam o campo da saúde mental se comportam quanto ao não apoio ao paradigma psicossocial, considerar tais variáveis e suas relações sinalizam caminhos a seguir na proposição de novas intervenções e aprimoramento das que já existem. Observou-se que nesse estudo a percepção de ameaça e o estereótipo de incapacidade foram apontados como barreiras à concretização do modelo psicossocial e, especificamente, a percepção de ameaça está fundamentada em crenças e estereótipos negativos sobre a pessoa em sofrimento psíquico. Desconstrir o sentimento de ameaça da população frente aos portadores de transtorno mental e a ideia de que esses indivíduos são inábeis para a vida em sociedade foram apontados nessa pesquisa como possíveis estratégias para a efetivação do paradigma psicossocial. Além disso, as crenças socioeconômicas demonstraram poder reduzir o sentimento de ameaça, o qual, por sua vez, apresenta impacto no apoio ao paradigma psicossocial, como já dito. Assim, argumentos que envolvam tal crença contribuirão para uma imagem social mais positiva das pessoas com transtorno mental.

O modelo explicativo proposto contribuiu para a compreensão do modo como estão estruturados a percepção de ameaça, o preconceito e a não adesão ao paradigma psicossocial no contexto da saúde mental. A direção das relações propostas apresenta-se teoricamente consistente com o fato de as crenças e estereótipos estarem na base da percepção de ameaça e preconceito, endoçando tal evidência empírica. Ao final, identificou-se que o não apoio ao paradigma psicossocial pode ser compreendido a partir das crenças, estereótipos, percepção de ameaça e preconceito frente ao doente mental.

Confia-se que a presente tese tenha contribuído para fomentar o debate/reflexão acerca da realidade da saúde mental, enfatizando, por meio de informações empiricamente comprovadas, variáveis que podem favorecer a realização de uma

transição paradigmática nesse contexto. Ressalta-se que o aspecto fundamental dessa busca de mudança é o desejo de garantir às pessoas com transtorno mental qualidade de vida; o direito de ocupar os diversos espaços sociais e de desfrutar plenamente da sua condição de cidadão, desenvolvendo ao máximo suas potencialidades.

Apesar da importância dos achados dessa tese para a maior compreensão do campo da saúde mental, algumas limitações merecem ser apontadas. Dentre estas, pode-se citar o tipo de amostragem usado nos três artigos empíricos, amostragem por conveniência. Tal forma de selecionar participantes, devido a sua natureza não probabilística, impossibilita a generalização dos resultados. Por isso, sugere-se que novos estudos sejam realizados buscando reunir novas evidências de validade e precisão da escala elaborada e também replicação do modelo propostos com amostras representativas e de diferentes contextos.

Cabe comentar ainda acerca do tipo de instrumentos usados, os quais foram de auto relato e podem favorecer que as respostas dadas sejam influenciadas pela desejabilidade social. Estudos futuros podem usar medidas implícitas na mensuração dos construtos para minimizar os efeitos da desejabilidade social. Por fim, vale destacar que considerando que apenas uma parte do não apoio ao paradigma psicossocial foi explicada a partir das variáveis propostas, indica-se que outras pesquisas sejam realizadas considerando novas variáveis na explicação da não adesão ao paradigma psicossocial, por exemplo, a proximidade com alguma pessoa que apresente transtorno mental, aspectos ligados a curabilidade/incurabilidade da doença mental.

REFERÊNCIAS

- Allport, G. W. (1962). *La naturaleza del prejuicio*. Buenos Aires: Eudeba.
- Batista, J. R. M., Leite, E. L., Torres, A. R. R., & Camino, L. (2014). Negros e nordestinos: similaridades nos estereótipos raciais e regionais. *Revista Psicologia Política*, 14(30), 325-345. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2014000200008&lng=pt&tlng=pt
- Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Michaels, P. J. (2014). Brief battery for measurement of stigmatizing versus affirming attitudes about mental illness. *Psychiatry Research*, 215(2), 466-70. doi: 10.1016/j.psychres.2013.12.006
- Dias, C. C. V., Torres, T. T. L., Menezes, T. S. B., & Mello, A. C. (2018). Mudança de estereótipos e representações sociais: desafios para a superação do preconceito frente à doença mental. In S. C. Maciel, C. C. V. Dias, & C. A. Pereira (Orgs.), *Saúde mental e dependência química: prática de cuidado e inclusão social* (pp.129-144). João Pessoa: Idea.
- Gonçalves, A. M., Vilela, S. C., Terra, F.S., & Nogueira, D. A. (2016). Atitudes e o prazer/sofrimento no trabalho em saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(2), 266-274. doi:10.1590/0034-7167.2016690209i
- Lebowitz, M. S., Rosenthal, J. E., & Ahn, W. (2013). Effects of biological versus psychosocial explanations on stigmatization of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. doi:10.1177/1087054712469255
- Liberato, M. T. C. (2011). *A dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica: Articulando redes para a consolidação da estratégia de atenção psicossocial*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.

- Lima, M. E. O., (2013). Preconceito. In L. Camino, A. R. R., Torres, M. E. O., Lima & M. E. Pereira (Orgs.), *Psicologia social: temas e teorias* (pp. 587-539). Brasília: Technopolitik.
- Maciel, S. C., Pereira, C. R., Lima, T. J. S., Souza, L. E. C., Camino, L. e Silva, G. L. S. (2019) Exclusão social de pessoas que sofrem de transtornos mentais: uma proposta para um modelo explicativo. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 29, e2915 <https://dx.doi.org/10.1590/1982-4327e2915>
- Marques, J. M., Páez, D., & Pinto, I. R. (2013). Estereótipos: Antecedentes e consequências das crenças sobre os grupos. In: J. Vala & M.B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia Social* (pp.435-492). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Melo, J. R. F. (2017). *Preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia: explicações com base em crenças causais e estereótipos*. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Moscovici, S. (2009). Os ciganos entre perseguição e emancipação. *Sociedade e Estado*, 24(3), 653-678. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922009000300003&script=sci_abstract&tlng=pt
- Nata, G. (2011). *Diferença cultural e democracia: identidade, cidadania e tolerância na relação entre maioria e minorias*. Tese de Doutorado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal.
- Oliveira, T. T. S. S., & Caldana, R. H. L. (2016). Psicologia e práticas psicossociais: narrativas e concepções de psicólogos de centros de atenção psicossocial. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 7(2), 22-44. doi: 10.5433/2236-6407.2016v7n2p02
- Pereira, C. R., Torres, A. R., Falcão, L., & Pereira, A. S. (2013). O Papel de Representações Sociais sobre a Natureza da Homossexualidade na Oposição ao

- Casamento Civil e à Adoção por Famílias Homoafetivas. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 29(1), 79-89. doi: 10.1590/S0102-37722013000100010
- Pereira, C., Vala, J., & Costa-Lopes, R. (2010). From prejudice to discrimination: The legitimizing role of perceived threat in discrimination against immigrants. *European Journal of Social Psychology*, 40, 1231-1250. doi: 10.1002/ejsp.718
- Ramos, A., Vala, J., & Pereira, C. (2008). Oposição a políticas anti-racistas na Europa: factores individuais e sócio-estruturais. In: Manuel Villaverde Cabral; Karin Wall; Sofia Aboim; Felipe Carreira da Silva. (Org.). *Itinerários: A investigação nos 25 anos do ICS* (pp. 257-281). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Ribeiro, B. V. D. (2015). *Saúde mental, cidadania e televisão: representações da loucura no programa "A Liga"*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Informação e Comunicação da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO.
- Shimoguri, A. F. D. T., & Costa-Rosa, A. (2017). A prática de atenção à saúde nos estabelecimentos psicossociais: efeitos do modo capitalista de produção. *Psicologia USP*, 28(3), 389-395. doi:10.1590/0103-656420160123

ANEXOS

ANEXO I- Escala de Estereótipos sobre o Doente Mental (EEDM)

INSTRUÇÃO: Em relação aos pares de palavras abaixo, você deve marcar para cada linha de características, apenas com um **X** o espaço que melhor correspondente a sua opinião acerca do *doente mental* dentro dos dois polos.

Escala de estereótipos sobre os doentes mentais

	+ ←—————●————→ +	
	3 2 1 0 1 2 3	
Inofensivo	_____	Perigoso
Consciente	_____	Inconsciente
Capaz	_____	Incapaz
Dócil	_____	Agressivo
Confiável	_____	Não confiável
Previsível	_____	Imprevisível
Produtivo	_____	Improdutivo
Controlado	_____	Descontrolado
Normal	_____	Anormal
Inteligente	_____	Bobo

ANEXO II- Escala de Atitudes em Saúde Mental (EASM)

INSTRUÇÕES: Abaixo você encontrará algumas afirmações relacionadas ao tema **Saúde Mental**, marque o item que melhor represente sua opinião pessoal, utilizando o seguinte critério. Marque:

- 1→** se você **discorda plenamente** com relação à afirmação
- 2→** se você **discorda** com relação à afirmação
- 3→** se você **discorda apenas em parte** com relação à afirmação
- 4→** se você está **em dúvida** com relação à afirmação
- 5→** se você **concorda apenas em parte** com relação à afirmação
- 6→** se você **concorda** com relação à afirmação
- 7→** se você **concorda plenamente** com relação à afirmação

	Discorda plenamente	Discorda	Discorda apenas em parte	Em dúvida		Concorda	Concorda plenamente
1- Participar de associações e/ou clubes em prol da cidadania é direito do doente mental.	1	2	3	4	5	6	7
2- Num tratamento de saúde mental cabe apenas ao médico indicar o momento da alta.	1	2	3	4	5	6	7
3- Estudo, trabalho e convívio social são essenciais para tratar a Esquizofrenia.	1	2	3	4	5	6	7
4- O doente mental deve ser isolado quando fica agressivo fisicamente.	1	2	3	4	5	6	7

	Discorda plenamente	Discorda	Discorda apenas em parte	Em dúvida	Concorda apenas em parte	Concorda	Concorda plenamente
5- Só com o consentimento do paciente pode-se iniciar um tratamento psiquiátrico.	1	2	3	4	5	6	7
6- Os vínculos sociais podem tratar um paciente psiquiátrico.	1	2	3	4	5	6	7
7- O trabalhador dos serviços de saúde mental não deve se envolver nas lutas por maiores direitos sociais do doente mental.	1	2	3	4	5	6	7
8- É muito perigoso conviver com um doente mental em casa.	1	2	3	4	5	6	7
9- O doente mental deve ser tratado na comunidade.	1	2	3	4	5	6	7
10- Só um médico psiquiatra é plenamente capaz de diagnosticar, tratar e compreender a doença mental.	1	2	3	4	5	6	7
11- O paciente precisa estar em casa para se tratar.	1	2	3	4	5	6	7
12- Apenas a psiquiatria é a ciência responsável por tratar a doença mental.	1	2	3	4	5	6	7
13- Só se consegue curar a depressão via tratamento médico.	1	2	3	4	5	6	7
14- O paciente pode decidir o momento da alta hospitalar.	1	2	3	4	5	6	7
15- A doença mental, assim como o seu tratamento, envolve mais problemas sociais que orgânicos.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO III- Escala de Crenças sobre a Doença Mental (ECDM)

INSTRUÇÕES: Abaixo apresentamos uma lista de frases sobre a DOENÇA MENTAL. Gostaríamos que indicasse em que medida concorda com estas frases. Circule o número que melhor representa a sua opinião, de modo que quanto maior for o número circulado, mais forte será a sua concordância com a frase. A escala varia de “discorda totalmente” (1) a “concorda totalmente” (5).

Discorda Totalmente	Discorda	Nem concorda\ nem discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1	2	3	4	5

1.A doença mental pode ser causada por um traumatismo craniano (queda que machuca a cabeça).	1	2	3	4	5
2.A pessoa pode ficar doente mental se estudar muito	1	2	3	4	5
3.A doença mental está relacionada com a falta de fé em Deus.	1	2	3	4	5
4. A doença mental é causada por traumas psicológicos ocorridos na infância	1	2	3	4	5
5. Dependentes químicos são mais vulneráveis a adquirir transtornos mentais.	1	2	3	4	5
6. A doença mental pode ser causada por problemas financeiros.	1	2	3	4	5
7.A doença mental está relacionada com problemas orgânicos no cérebro.	1	2	3	4	5
8.A doença mental pode ser uma das manifestações dos espíritos.	1	2	3	4	5
9. O consumo de drogas causa doenças mentais graves.	1	2	3	4	5
10.Distúrbios cerebrais estão relacionados com o aparecimento da doença mental.	1	2	3	4	5
11. A doença mental tem como causa estudo em demasia.	1	2	3	4	5
12. A doença mental é causada por problemas biológicos.	1	2	3	4	5

Discorda Totalmente	Discorda	Nem concorda\ nem discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1	2	3	4	5

13.A doença mental está relacionada com o excesso de preocupação com a vida.	1	2	3	4	5
14.Pancadas na cabeça causam doença mental.	1	2	3	4	5
15.A ingestão de bebidas alcoólicas em demasia favorece o surgimento das doenças mentais.	1	2	3	4	5
16.A doença mental é determinada por fatores genéticos.	1	2	3	4	5
17.A doença mental ocorre por vontade de Deus.	1	2	3	4	5
18.A doença mental é causada por instabilidade emocional.	1	2	3	4	5
19. Acidentes que atingem a cabeça podem desencadear doença mental.	1	2	3	4	5
20.Uso de drogas pode causar a doença mental	1	2	3	4	5
21.O desemprego contribui para o desenvolvimento da doença mental.	1	2	3	4	5
22.A doença mental é a expressão de um espírito que entra na mente da pessoa.	1	2	3	4	5
23. A falta de condições econômicas adequadas é uma das causas da doença mental.	1	2	3	4	5
24.A doença mental está relacionada com o uso de drogas.	1	2	3	4	5
25.Uma das causas da doença mental é o excesso de tristeza.	1	2	3	4	5
26.A falta de alimentação quando criança é uma das causas da doença mental.	1	2	3	4	5
27.A doença mental está relacionada com a fraqueza para resistir às manifestações dos espíritos.	1	2	3	4	5
28. A doença mental é um distúrbio orgânico.	1	2	3	4	5
29. O aparecimento da doença mental é favorecido por problemas emocionais.	1	2	3	4	5
30.A pobreza é um dos determinantes da doença mental.	1	2	3	4	5

ANEXO IV- Escala de Percepção de Ameaça frente ao Doente Mental

INSTRUÇÕES: Agora circule o número que melhor representa a sua resposta para cada uma das frases abaixo, variando de “discorda totalmente” a “concorda totalmente”.

Discorda Totalmente	Discorda	Nem concorda\ nem discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1	2	3	4	5

1. É muito perigoso conviver com um doente mental.	1	2	3	4	5
2. É assustador pensar em pessoas com doença mental morando em bairros residenciais.	1	2	3	4	5
3. Doentes mentais são pessoas perigosas.	1	2	3	4	5
4. Sinto algum receio quando estou na presença de doentes mentais.	1	2	3	4	5
5. Doentes mentais podem agir agressivamente a qualquer momento.	1	2	3	4	5
6. Doentes mentais são pessoas que podem matar com facilidade.	1	2	3	4	5
7. Doentes mentais ameaçam a tranquilidade de um bairro.	1	2	3	4	5
8. Doentes mentais possuem muita força física.	1	2	3	4	5
9. Doentes mentais têm a sexualidade pervertida.	1	2	3	4	5

ANEXO V- Escala de Preconceito frente ao Doente Mental

INSTRUÇÕES: Imagine agora que você conhece uma pessoa com doença mental. Apresentamos abaixo algumas situações que podem ocorrer nas suas relações com ele\ela. Gostaríamos de saber em que medida você se sentiria incomodado em cada situação. Circule o número que melhor representa a sua opinião, de modo que quanto maior for o número, mais incomodado você se sentiria.

Nada incomodado	1	2	3	4	5	Muito incomodado
----------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------------------

1.Ter parentes casados com pessoas portadoras de doença mental.	1	2	3	4	5
2.Ter um amigo próximo que seja doente mental.	1	2	3	4	5
3.Ter um doente mental como seu chefe de trabalho.	1	2	3	4	5
4.Ter um doente mental como colega de trabalho.	1	2	3	4	5
5.Ter um(a) namorado(a) doente mental(a).	1	2	3	4	5
6.Ter um portador de doença mental como cuidador de uma criança.	1	2	3	4	5
7.Participar de festas onde estejam presentes pessoas portadoras de doença mental.	1	2	3	4	5
8.Ter um(a) vizinho(a) doente mental.	1	2	3	4	5
9. Casar com um doente mental.	1	2	3	4	5

ANEXO VI- Certidão do comitê de ética

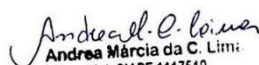


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 9ª Reunião realizada no dia 22/10/2015, o Projeto de pesquisa intitulado: **“REFORMA PSIQUIÁTRICA E O PROCESSO DE INCLUSÃO SOCIAL DO DOENTE MENTAL”**, da pesquisadora Silvana Carneiro Maciel. Prot. nº 0543/15. CAAE: 49842715.5.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPE

APÊNDICES

APÊNDICE I- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**Universidade Federal da Paraíba
Departamento de Psicologia**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) colaborador (a),

Esta pesquisa intitula-se REFORMA PSIQUIÁTRICA E O PROCESSO DE INCLUSÃO SOCIAL DO DOENTE MENTAL e está sendo desenvolvida pela Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel (coordenadora da pesquisa) e por alunos da UFPB.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados.

Desde já, agradecemos sua colaboração.

Assinatura do participante

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Assinando este termo, estou concordando em participar do estudo acima mencionado, sob a coordenação da Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel. Caso necessite de alguma informação sobre o presente estudo, entre em contato com:

Silvana Carneiro Maciel

Fone: (083) 3216-7399

E-mail: silcamaciel@ig.com.br

Assinatura do participante

APÊNDICE II-Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP)

Louco

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Doente mental

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

APÊNDICE III- Questionário sociodemográfico- Artigo 2

Com a finalidade de obter uma descrição sociodemográfica dos participantes da pesquisa, solicitamos que responda as perguntas a seguir.

Idade: _____

Sexo: F ☐ M ☐

Grupo social:

Profissional ☐

Universitário ☐

Estudante ensino médio ☐

APÊNDICE III- Questionário sociodemográfico

Com a finalidade de obter uma descrição sociodemográfica dos participantes da pesquisa, solicitamos que responda as perguntas a seguir.

Idade: _____

Sexo: F ☐ M ☐

Curso: _____

Período: _____

Instituição onde estuda: pública ☐ privada ☐