



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
GRUPO DE PESQUISA EM COMPORTAMENTO POLÍTICO
GRUPO DE PESQUISA EM SAÚDE MENTAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**PRECONCEITO FLAGRANTE E SUTIL FRENTE À ESQUIZOFRENIA:
EXPLICAÇÕES COM BASE EM CRENÇAS CAUSAIS E ESTEREÓTIPOS**

JULIANA RÍZIA FÉLIX DE MELO

**João Pessoa – PB
Fevereiro 2017**

JULIANA RÍZIA FÉLIX DE MELO

**PRECONCEITO FLAGRANTE E SUTIL FRENTE À ESQUIZOFRENIA:
EXPLICAÇÕES COM BASE EM CRENÇAS CAUSAIS E ESTEREÓTIPOS**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba por Juliana Rízia Félix de Melo, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Psicologia Social.

Prof^a. Dr^a. SILVANA CARNEIRO MACIEL
Orientadora

Prof. Dr. LEONCIO CAMINO
Co -orientador

João Pessoa – PB
Fevereiro 2017

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M528p Melo, Juliana Rízia Felix de.

PRECONCEITO FLAGRANTE E SUTIL FRENTE À ESQUIZOFRENIA:
EXPLICAÇÕES COM BASE EM CRENÇAS CAUSAIS E ESTEREÓTIPOS
/ Juliana Rízia Felix de Melo. - João Pessoa, 2017.
201 f. : il.

Orientação: Silvana Carneiro Maciel.

Coorientação: Leoncio Camino.

Tese (Doutorado) - UFPB/CCHL.

1. Preconceito. 2. Esquizofrenia. 3. Saúde/doença
mental. I. Maciel, Silvana Carneiro. II. Camino,
Leoncio. III. Título.

UFPB/CCHLA

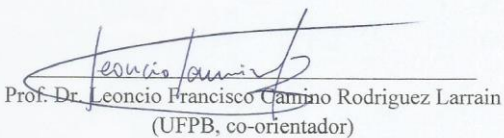
PRECONCEITO FLAGRANTE E SUTIL FRENTE À ESQUIZOFRENIA: EXPLICAÇÕES
COM BASE NOS ESTEREÓTIPOS E NAS CRENÇAS CAUSAIS

JULIANA RÍZIA FÉLIX DE MELO

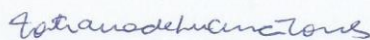
Banca avaliadora:



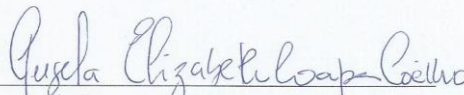
Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel
(UFPB, Orientadora)



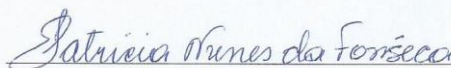
Prof. Dr. Leoncio Francisco Camino Rodriguez Larrain
(UFPB, co-orientador)



Profa. Dra. Tatiana de Lucena Torres
(UFRN, membro externo)



Profa. Dra. Angela Elizabeth Lapa Coelho
(UNIFE, membro externo)



Profa. Dra. Patricia Nunes Fonsêca
(UFPB, membro interno)

*Ao meu Deus que sempre cuida de mim e a todos
que contribuíram para a realização deste
trabalho.*

“La fábrica de monstruos no descansa. Y como no conoce sosiego nuestra voluntad de ordenar el caos de sensaciones, objetos y palabras que nos rodean, tampoco aminora la capacidad de construir márgenes que delimitan lo que puede y no puede ser explicado. Estas fronteras imaginarias entre lo bueno y lo malo, lo bello y lo abominable, lo justo y lo inmoral, lo normal y lo patológico cambian con el tiempo y van dejando un reguero secular de conductas socialmente estigmatizadas, cuando no abiertamente reprimidas. Quienes habitan al otro lado forman la fauna inefable de los... inadaptados. Pero no todos permanecen indolentes, algunos se atreven a cruzar la frontera y reclaman su identidad humana. Nos recuerdan los peligros de la diferencia, la fragilidad real, y las escandalosas limitaciones de nuestros propios conceptos, contruidos sobre ausencias y mutilaciones implacables. Por eso, quienes transitan los márgenes son una amenaza y corren el riesgo de ser catalogados como monstruos... Igual que toda luz crea su sombra, ninguna forma de conocimiento avanza sin dejar un rastro de marginación.” (Lafuente & Valverde, 2000, p. 19)

AGRADECIMENTOS

À Deus, ao meu esposo Dennison, à minha família: meu pai, minha mãe, minha “mãedrastra” tia Mariza, Laisa, Larissa, Emmanuel e todos os outros. Aos meus sogros Margareth e Rosivan, minhas cunhadas, cunhados e sobrinhos. À minha querida orientadora Silvana pelos anos caminhados juntos, aos meus amigos e amigas do coração, ao Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química, pela torcida, amizade e ajuda nas coletas dos dados. Ao meu co-orientador Professor Leôncio, que é um ícone no âmbito da psicologia social. A todos que compõem o Grupo de pesquisa em comportamento político. Ao meu amigo Marcelo pela ajuda na parte estatística. A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da UFPB pelo conhecimento ofertado tão competentemente aos alunos. Ao CNPQ pelo apoio financeiro e aos participantes do estudo.

A todos que de alguma forma me ajudaram a chegar até aqui: **Muito obrigada!!!**

RESUMO

O preconceito frente à esquizofrenia é um fenômeno muito presente e enraizado no tecido social. Os estudos mais atuais na área do preconceito mostram que este não ocorre mais apenas de forma flagrante, mas assumiu formas mais sutis de manifestação. Diante disso, objetivou-se propor um modelo de preconceito flagrante e preconceito sutil para o contexto da esquizofrenia indicando os estereótipos e as crenças causais como variáveis explicativas. Para o alcance desse objetivo foram realizados 3 estudos de cunho quantitativo e descritivo. O primeiro visou construir e validar as escalas de percepção de inadequação ao padrão de normalidade, exagero das diferenças grupais e benevolência; além de adaptar as escalas de percepção de ameaça frente o doente mental e a escala de distância social frente o doente mental. A amostra contou com 200 estudantes de universidades públicas e privadas de cidades da Paraíba, com média de idade de 25,31 anos ($DP=7,21$). Os dados foram analisados por meio do SPSS, em que foram realizadas análises fatoriais exploratórias. As escalas apresentaram bons índices psicométricos com Alfas de Cronbach variando de 0,62 a 0,84. Com o intuito de efetuar uma análise confirmatória da estrutura destas medidas, realizou-se o segundo estudo, que contou com 200 estudantes de universidades públicas e privadas de cidades da Paraíba, com média de idade de 24,82 anos ($DP=6,97$). Na análise dos dados foi utilizado o programa AMOS, que foi empregado para realizar análises fatoriais confirmatórias, adotando-se o estimador ML (Máxima Verossimilhança). Os resultados das análises fatoriais confirmatórias permitiram comprovar a estrutura fatorial das escalas, as quais apresentaram índices de ajustes satisfatórios. Tendo em vista a adequabilidade das escalas propostas, realizou-se o terceiro estudo com o objetivo de testar o modelo do preconceito flagrante e sutil indicando os estereótipos e as crenças causais que explicam esses dois tipos de preconceito. Para isso, contou-se com 200 estudantes de universidades públicas e privadas de cidades da Paraíba com média de idade de 29,1 anos ($DP=8,52$). Utilizou-se como instrumentos as cinco escalas validadas nos estudos 1 e 2, bem como uma escala de estereótipos frente à esquizofrenia e uma de crenças causais acerca das doenças mentais. Foram efetuadas análises estatísticas descritivas e inferenciais por meio do SPSS e confirmatórias por meio do AMOS. Constatou-se que o modelo com dois fatores correlacionados denominados de *Preconceito Flagrante* (reunindo as dimensões: Percepção de ameaça e Rejeição a relações de intimidade) e *Preconceito Sutil* (agrupando as dimensões: Benevolência, Percepção de Inadequação e Exagero das diferenças grupais) foi o modelo que apresentou os melhores índices de ajuste quando comparados com outros seis modelos alternativos [$\chi^2_{(18)} = 61,03$, $p < 0,05$; $\chi^2/gl = 3,39$; GFI = 0,93; AGFI = 0,86; CFI = 0,91; RMSEA = 0,11 (IC90% = 0,080 - 0,140); ECVI = 0,488 e CAIC = 174,39], mostrando evidências de que há a expressão de um preconceito sutil frente à esquizofrenia. Verificou-se ainda que o estereótipo de periculosidade e as crenças causais religiosas e psicológicas foram as que explicaram o preconceito flagrante. Observou-se também que os estereótipos de periculosidade, atribuição de pena e incapacidade predizem o preconceito sutil, bem como as crenças causais religiosas. Com isso, conclui-se que é fundamental um trabalho de combate ao preconceito que envolva os valores, normas sociais e a própria cultura da nação brasileira, considerando o preconceito como produzido e sustentado por teias ideológicas mais amplas e complexas que precisam ser transformadas visando a uma sociedade verdadeiramente mais justa e igualitária.

Palavras-chaves: preconceito; esquizofrenia; saúde/doença mental.

ABSTRACT

Prejudice against schizophrenia is a present phenomenon rooted in society. The most current studies in the area of prejudice show that it no longer occurs blatantly but has taken on more subtle forms of manifestation. Aiming at this, we propose a model of flagrant prejudice and subtle prejudice to the context of schizophrenia, indicating stereotypes and causal beliefs as explanatory variables. Three quantitative and descriptive studies were performed to reach this goal. The first one aimed at constructing and validating the scales of perception of inadequacy to the standard of normality, exaggeration of group differences and benevolence; In addition to adapting the scales of perceived threat to the mentally ill and the social distance scale facing the mentally ill. The sample had 200 students from public and private universities in cities of Paraíba, with a mean age of 25.31 years (SD = 7.21). The data were analyzed through SPSS, in which exploratory factorial analyzes were performed. The scales presented good psychometric indexes with Cronbach's Alpha ranging from 0.62 to 0.84. In order to carry out a confirmatory analysis of the structure of these measures, the second study was carried out with 200 students from public and private universities in Paraíba, with a mean age of 24.82 years (SD = 6.97). For the data analysis we resorted to AMOS program, which was used to perform confirmatory factorial analyzes, adopting the MLE (Maximum Likelihood estimator). The results of the confirmatory factorial analyzes allowed to confirm the factorial structure of the scales, which presented satisfactory adjustment indices. Considering the suitability of the proposed scales, the third study was carried out to test the model of flagrant and subtle prejudice indicating the stereotypes and causal beliefs that explain these two types of prejudice. For this, 200 students from public and private universities in Paraíba cities with a mean age of 29.1 years (SD = 8.52) were enrolled. The five scales validated in studies 1 and 2, as well as a stereotype scale against schizophrenia and one of causal beliefs about mental illness were used as instruments. Descriptive and inferential statistical analyzes were carried out through SPSS and confirmed through AMOS. It was verified that the model with two correlated factors denominated Flagrant Prejudice (gathering the dimensions: Perception of threat and Rejection to relations of intimacy) and Subtle Prejudice (grouping the dimensions: benevolence, perception of inadequacy and exaggeration of group differences) was the model that presented the best indexes of adjustment when compared with other six alternative models [$\chi^2_{(18)} = 61,03$, $p < 0,05$; $\chi^2/df = 3,39$; GFI = 0,93; AGFI = 0,86; CFI = 0,91; RMSEA = 0,11 (IC90% = 0,080 - 0,140); ECVI = 0,488 e CAIC = 174,39], showing evidence that there is the expression of a subtle prejudice against schizophrenia. It was also verified that the stereotype of dangerousness and the religious and psychological causal beliefs were the ones that explained the flagrant prejudice. It was also observed that stereotypes of dangerousness, attribution of penalty and disability predict subtle prejudice, as well as religious causal beliefs. With this, it is concluded that it is fundamental to work against prejudice that involves values, social norms and the culture of the Brazilian nation, considering the prejudice as produced and sustained by broader and more complex ideological webs that need to be transformed in order to a truly more just and egalitarian society.

Keywords: prejudice; schizophrenia; health / mental illness.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos fatores de acordo com o critério de Kaiser e análise paralela sobre a Percepção de ameaça frente à esquizofrenia.....	94
Tabela 2. Estrutura fatorial da Escala de Percepção de Ameaça frente à Esquizofrenia..	95
Tabela 3. Distribuição dos fatores de acordo com o critério de Kaiser e análise paralela sobre a Rejeição a relações de intimidade frente à esquizofrenia.....	97
Tabela 4. Estrutura fatorial da Escala de Rejeição a relações de intimidade frente à Esquizofrenia.....	98
Tabela 5. Estrutura fatorial da Escala de Percepção de inadequação ao padrão de normalidade.....	100
Tabela 6. Estrutura fatorial da Escala de Exagero das diferenças grupais.....	102
Tabela 7. Distribuição dos fatores de acordo com o critério de Kaiser e análise paralela sobre a benevolência frente à esquizofrenia.....	104
Tabela 8. Estrutura bifatorial da Escala de Benevolência Frente à Esquizofrenia.....	104
Tabela 9. Estrutura unifatorial da Escala de Benevolência Frente à Esquizofrenia.....	105
Tabela 10. Índices de Ajuste dos Modelos Testados da Escala de Percepção de Ameaça Frente à Esquizofrenia.....	113
Tabela 11. Índices de Ajuste dos Modelos Testados da Escala de Rejeição a relações de intimidade.....	115
Tabela 12. Índices de Ajuste dos Modelos Testados da Escala de Percepção de inadequação ao padrão de normalidade.....	118
Tabela 13. Índices de Ajuste dos Modelos Testados para a medida do Preconceito Flagrante e Preconceito Sutil.....	132
Tabela 14. Médias, Desvio-padrão e Test-t do preconceito flagrante e sutil em função da convivência com alguém com esquizofrenia.....	134
Tabela 15. Médias, Desvio-padrão e Test-t do preconceito flagrante e sutil em função da área de conhecimento.....	136
Tabela 16. Correlações de Pearson entre os Estereótipos da esquizofrenia e o Fator geral de Preconceito Flagrante (PrecF) e o Fator geral de Preconceito Sutil (PrecS).....	137
Tabela 17. Regressão linear múltipla (método stepwise) do Preconceito Sutil tendo os estereótipos como variáveis preditoras.....	138

Tabela 18. Médias, Desvio-padrão e Test-t dos estereótipos da esquizofrenia em função da convivência com alguém com esquizofrenia.....	139
Tabela 19. Médias, Desvio-padrão e Test-t dos estereótipos em função da área de conhecimento.....	139
Tabela 20. Correlações de Pearson entre as crenças causais da esquizofrenia e o Fator geral de Preconceito Flagrante (PrecF) e o Fator geral de Preconceito Sutil (PrecS)....	140
Tabela 21. Regressão linear múltipla (método stepwise) do Preconceito Flagrante tendo as crenças causais como variáveis preditoras.....	142
Tabela 22. Médias, desvio-padrão e Test-t das crenças causais da esquizofrenia em função do convívio com alguém com esquizofrenia.....	143
Tabela 23. Médias, desvio-padrão e Test-t das crenças causais da esquizofrenia em função da área de conhecimento.....	144
Tabela 24. Índices de Ajuste do Modelo do preconceito flagrante com base no estereótipo de periculosidade e nas crenças causais psicológicas e religiosas.....	145
Tabela 25. Índices de Ajuste do Modelo do preconceito sutil com base nos estereótipos de periculosidade, pena, capacidade e pelas crenças causais religiosas.....	146

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Representação gráfica dos valores próprios da Escala de Percepção de ameaça frente à esquizofrenia.....	94
Figura 2. Representação gráfica dos valores próprios da Escala de Rejeição a relações de intimidade frente à esquizofrenia.....	97
Figura 3. Representação gráfica dos valores próprios da Escala de Percepção de inadequação ao padrão de normalidade.....	100
Figura 4. Representação gráfica dos valores próprios da Escala de Exagero das diferenças grupais.....	102
Figura 5. Representação gráfica dos valores próprios da Escala de Benevolência frente à esquizofrenia.....	103
Figura 6. Estrutura fatorial do modelo da Escala de Percepção de ameaça frente à esquizofrenia com dois fatores correlacionados: PA1 (Estereótipo de Perigo) e PA2 (Estereótipos essencialistas) e suas saturações.....	114
Figura 7. Estrutura fatorial do modelo da Escala de Rejeição a relações de intimidade frente à esquizofrenia com dois fatores correlacionados: REJ1 (Rejeição a relações indiretas) e REJ2 (Rejeição a relações diretas) e suas saturações.....	117
Figura 8. Estrutura fatorial do modelo da Escala de Percepção de inadequação ao padrão de normalidade com dois fatores correlacionados: IPN1 (Percepção de incapacidade) e IPN2 (Percepção de não esforço) e suas saturações.....	119
Figura 9. Estrutura fatorial do modelo da Escala de exagero das diferenças grupais com um fator e suas saturações.....	121
Figura 10. Estrutura fatorial do modelo da Escala de Benevolência frente à Esquizofrenia com um fator e suas saturações.....	123
Figura 11. Estrutura fatorial do modelo de medida do Preconceito Flagrante (PF) e Preconceito Sutil (PS) com dois fatores correlacionados e suas saturações. Estereótipo de perigo (PA1); Estereótipos essencialistas (PA2); Rejeição a relações indiretas (REJ1); Rejeição a relações diretas (REJ2); Percepção de incapacidade (IPN1); Percepção de não esforço (IPN2); Exagero das diferenças grupais (EDG); Benevolência (BEN).....	134
Figura 12. Estrutura fatorial do modelo do preconceito flagrante com base no estereótipo de periculosidade e nas crenças causais religiosas e psicológicas.....	146
Figura 13. Estrutura fatorial do modelo do preconceito sutil com base no estereótipo de periculosidade, pena, capacidade e nas crenças causais religiosas.....	147

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
PARTE I	
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
CAPÍTULO 1 Contextualização histórica da loucura/doença mental.....	21
CAPÍTULO 2 Embasamento teórico sobre o preconceito.....	33
2.1 Estudos clássicos.....	35
2.1.1 Teorias intraindividuais e interpessoais	36
2.1.2 Teorias intergrupais e sociais	43
2.2 Preconceito flagrante e preconceito sutil frente à esquizofrenia: hipóteses e articulações teóricas.....	51
CAPÍTULO 3 O estudo do preconceito na perspectiva da cognição social.....	63
3.1 Categorização social, estereótipos, preconceito e discriminação: definições e articulações teóricas.....	64
3.1.1 Pesquisas atuais.....	70
3.2 Crenças essencialistas acerca da natureza da doença mental e sua relação com o preconceito.....	78
3.2.1 Pesquisas atuais.....	80
PARTE II	
ESTUDOS EMPÍRICOS.....	86
CAPÍTULO 4 Apresentação dos estudos empíricos.....	87
ESTUDO I.....	89
4.1 - Escalas de dimensões do preconceito frente à esquizofrenia: construções e adaptações.....	89
4.1.1 Método	89
4.1.1.1 Tipo de estudo	89
4.1.1.2 Participantes e local	89
4.1.1.3 Instrumentos	90
4.1.1.4 Procedimento de elaboração das escalas	91
4.1.1.5 Considerações éticas e procedimento de coleta de dados.....	92
4.1.1.6 Análise dos dados	93
4.1.2 Resultados e Discussões preliminares.....	93
a) Escala de Percepção de Ameaça frente à esquizofrenia	93
b) Escala de Rejeição a relações de intimidade frente à esquizofrenia.....	96
c) Escala de Percepção de inadequação ao padrão de normalidade.....	99
d) Escala de Exagero das diferenças grupais	101
e) Escala de Benevolência frente à esquizofrenia.....	103
ESTUDO II	108
4.2 – Análise confirmatória das escalas de dimensões do preconceito frente à esquizofrenia.....	108
4.2.1 Método	108
4.2.1.1 Tipo de estudo	108
4.2.1.2 Participantes e local	108
4.2.1.3 Instrumentos	108
4.2.1.4 Considerações éticas e procedimento de coleta de dados.....	110
4.2.1.5 Análise dos dados	110
4.2.2 Resultados e Discussões preliminares.....	112
a) Escala de Percepção de Ameaça frente à esquizofrenia	112

b) Escala de Rejeição a relações de intimidade frente à esquizofrenia.....	115
c) Escala de Percepção de inadequação ao padrão de normalidade.....	118
d) Escala de Exagero das diferenças grupais	121
e) Escala de Benevolência frente à esquizofrenia	123
ESTUDO III	126
4.3 – Modelo de medida do Preconceito Flagrante e Sutil frente à esquizofrenia e seus correlatos explicativos	126
4.3.1 Método	127
4.3.1.1 Tipo de estudo	127
4.3.1.2 Participantes e local	127
4.3.1.3 Instrumentos	127
4.3.1.4 Considerações éticas e procedimento de coleta de dados.....	130
4.3.1.5 Análise dos dados	130
4.3.2 Resultados e Discussões preliminares.....	131
a) Teste do Modelo de medida do Preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia	131
b) Preconceito flagrante e sutil e seus correlatos explicativos com base nos estereótipos da esquizofrenia	136
c) Preconceito flagrante e sutil e seus correlatos explicativos com base nas crenças essencialistas a respeito das causas da esquizofrenia	140
d) Modelo do preconceito flagrante e do preconceito sutil com base nos estereótipos e crenças causais: síntese dos resultados	145
CAPÍTULO 5 Discussão geral dos resultados.....	148
CAPÍTULO 6 Considerações finais.....	162
REFERÊNCIAS	169

APENDICES

ANEXO

INTRODUÇÃO

O preconceito frente aos transtornos mentais graves é um fenômeno muito presente e enraizado no tecido social. Apesar de nos últimos anos terem sido desenvolvidos inúmeros estudos, campanhas e programas antiestigma, sobretudo a nível internacional, ainda existem muitas barreiras com as quais as pessoas com transtorno mental se deparam diariamente, para além de terem de lidar com a própria sintomatologia de sua condição de saúde, barreiras como o preconceito (Barbosa, 2010; Todor, 2013).

Os pesquisadores concentraram-se mais fortemente sobre essa questão nos últimos 20 anos, especialmente nos países desenvolvidos, onde constataram que pessoas com transtornos mentais graves como a esquizofrenia são caracterizadas como imprevisíveis, incompetentes e perigosas. Além disso, verificou-se que o autoritarismo, a benevolência, o medo e a exclusão social são elementos presentes na vida desses pacientes e seus familiares (Arvaniti, Samakouri, Kalamara, Bochtsou & Livaditis, 2009). Em concordância, Sousa, Marques, Curral e Queirós (2012) apontam que os transtornos mentais graves são frequentemente associados à crenças de incapacidade, periculosidade e irreversibilidade; tais crenças ainda hoje representam obstáculos à competência e às possibilidades funcionais de recuperação desses indivíduos.

Estes estereótipos e preconceitos afetam diferentes esferas de suas vidas, desde as relações interpessoais, o empoderamento sobre o próprio processo, o autoconceito, a autoestima, a disposição de procurar ajuda profissional, até prejuízos no tocante à vida profissional, econômica, moradia, dentre outras. Considerando estas consequências, um objetivo importante da pesquisa em saúde mental é investigar esse preconceito e formular estratégias para reduzi-lo; tais questões são por si só motivos suficientes e importantes para justificar a necessidade de serem desenvolvidas pesquisas nessa área e a

implementação de ações voltadas para essa temática (Lauber, Anthony, Ajdacic-Gross & Rössler, 2004; Todor, 2013).

Diante disso, o presente estudo visa investigar o preconceito frente à esquizofrenia. A escolha dessa condição em particular se deve ao fato de que as representações sociais que se têm acerca dos transtornos mentais graves na sociedade estão fortemente atreladas no imaginário social à manifestação desse transtorno, como atesta pesquisa realizada por Guarniero, Bellinghini e Gattaz (2012). Este estudo mostra que as pessoas em geral quando pensam na categoria “doentes mentais” já remetem o pensamento às pessoas com esquizofrenia, considerando esses indivíduos como parte de um grupo social definido e fechado com características estereotípicas específicas; sintetizando, pode-se dizer que as pessoas com esquizofrenia são o protótipo da categoria social dos considerados “doentes mentais”. Ademais, a despeito das mudanças políticas voltadas para a saúde mental, os portadores de esquizofrenia convivem diariamente com o duplo desafio de lutar contra os sintomas provocados pela sua condição e os efeitos injustos dos estereótipos e preconceitos de que são alvo.

Faz-se importante ressaltar que são vários os termos utilizados para se referir à pessoa que possui esquizofrenia, como, por exemplo: “doente mental”, “portador de sofrimento psíquico”, “usuário” dos serviços substitutivos de saúde, “paciente”, “louco”, dentre outros. Cada termo possui um significado social diferente, produzindo e reproduzindo representações ideológicas por meio do seu impacto nas vivências coletivas; não obstante, em detrimento do termo que é utilizado e do avanço científico e temporal, os estereótipos e o preconceito permanecem. No presente estudo, optou-se pelo uso dos termos “portador de esquizofrenia” ou “portador de transtornos mentais graves”, uma vez que é dessa forma que os próprios indivíduos e seus familiares denominam, como

pode ser visto, por exemplo, por meio da ABRE - Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia (www.abrebrasil.org.br).

Vale salientar que se busca trabalhar com as crenças que circulam na sociedade acerca dessa temática, as quais estão ligadas ao preconceito; de modo que, não é necessário que os participantes do estudo tenham um conhecimento abrangente e acadêmico sobre o assunto, tampouco tenham contato com alguém que possua esse diagnóstico. Como afirma Lima, Machado, Ávila, Lima e Vala (2006), o preconceito pode ser dirigido contra grupos sobre os quais nada se conhece e, até mesmo, contra grupos que nunca se viram ou mantiveram relações, pois os estereótipos e o preconceito contra um determinado grupo resultam muito mais da relação com os membros do próprio grupo, isto é, do endogrupo (do grupo que o percebido faz parte), do que da relação deste percebido com o exogrupo, ou seja, com os membros do grupo estigmatizado.

Tendo em vista essa questão, pesquisas tem mostrado que a manifestação flagrante do preconceito em relação a certos grupos estigmatizados, em que se expressa abertamente a rejeição por um determinado exogrupo, tem sido menos expressivo, uma vez que demonstrar o preconceito de maneira aberta numa sociedade considerada democrática e igualitária tornou-se anti-normativo, ou seja, contra as normas sociais (Camino, Silva, Machado & Pereira, 2001; Lima & Vala, 2004a). Assim, observa-se a profusão de teorias e estudos que intentam compreender as novas formas de expressão do preconceito principalmente no campo do racismo e do preconceito étnico, já que se percebe que o preconceito não deixou de existir, mas assumiu formas mais sutis de manifestação. Entretanto, existe uma lacuna na literatura no que tange a compreensão dessas novas expressões do preconceito no âmbito das pessoas com transtorno mental grave.

Diante disso, pergunta-se: no atual contexto, como se dá a expressão do preconceito em relação a esquizofrenia? Por meio de que elementos este se expressa? Pode-se dizer que há uma forma mais velada e sutil de preconceito frente à esquizofrenia? Que estereótipos e quais crenças causais explicariam esse tipo de preconceito? Com base na literatura mais recente acerca do assunto e nos estudos realizados por Pettigrew e Meertens (1995) hipotetiza-se que este preconceito se dá de forma flagrante e sutil. Na sua expressão flagrante, o preconceito se expressaria a partir da percepção de ameaça e da rejeição a relações de intimidade; já em sua expressão sutil, hipotetiza-se que este preconceito se mostra a partir da percepção de inadequação ao padrão de normalidade, do exagero das diferenças grupais e da benevolência.

Nesse sentido, a tese defendida no presente trabalho é a de que em relação às pessoas com esquizofrenia existe não apenas a expressão flagrante do preconceito, como historicamente pode ser atestado; mas, com a ascensão dos valores da democracia e da justiça social, passou a haver também a expressão sutil desse preconceito, que pode ser manifestado por meio da percepção de inadequação ao padrão de normalidade, do exagero das diferenças grupais e da benevolência. O preconceito flagrante e o sutil podem ser explicados por determinados estereótipos e crenças causais, os quais são usados para legitimar e justificar essas manifestações preconceituosas. A investigação do preconceito sutil nessa amostra, a enumeração desses três elementos como expressão desse preconceito sutil e a identificação dos estereótipos e das crenças causais que explicam esse tipo de preconceito são o que caracteriza a contribuição inovadora deste trabalho de tese. Assim, tem-se como objetivo propor um modelo de preconceito flagrante e preconceito sutil para o contexto da esquizofrenia indicando os estereótipos e as crenças causais como variáveis explicativas.

Para o alcance desses objetivos foram realizados três estudos: o primeiro visou construir e validar as escalas de percepção de inadequação ao padrão de normalidade, exagero das diferenças grupais e benevolência; ademais, esse primeiro estudo visou adaptar com o termo “esquizofrenia” as escalas de percepção de ameaça e rejeição a relações de intimidade. O segundo estudo objetivou replicar a validação fatorial e a avaliação da consistência interna das medidas utilizadas no estudo 1 por meio de uma abordagem confirmatória. Por fim, no terceiro estudo testou-se o modelo de medida do preconceito flagrante e sutil no contexto da esquizofrenia; além disso, buscou-se identificar os estereótipos e as crenças causais explicativas dessas formas de preconceito.

Com isso, espera-se propor um modelo de medida do preconceito flagrante e preconceito sutil frente à esquizofrenia, de maneira a detalhar alguns elementos que os formam, bem como explicitar os estereótipos e as crenças causais que os sustentam. A apropriação desse conhecimento pode ser de grande valia no combate ao preconceito frente à esquizofrenia, pois pode contribuir com a formulação de programas educativos que visem minimizar a exclusão social das pessoas que possuem transtornos mentais graves. Os resultados do presente estudo podem auxiliar os órgãos competentes na elaboração de estratégias que diminuam ou ressignifiquem estereótipos e crenças causais que influenciam o preconceito e a discriminação. Desse modo, pretende-se colaborar com as políticas públicas na área da saúde mental, que valorizam os ideais da Reforma Psiquiátrica, visando à inclusão social das pessoas portadoras de transtornos mentais graves na sociedade.

No âmbito acadêmico, o presente estudo contribui com o provimento de bons instrumentos de medidas capazes de avaliar os distintos tipos de preconceito relacionados às pessoas com esquizofrenia; como também, coopera com a comunidade científica no desenvolvimento das pesquisas em psicologia social que tratam das chamadas novas

formas de expressão do preconceito, investigando de que maneira elas se apresentam no contexto do transtorno mental grave. Em última análise, procura-se ajudar pesquisadores e profissionais num movimento mais amplo sobre os processos de exclusão social a promover a aceitação das diferenças humanas, o aumento do contato entre os grupos e os direitos de todos à participação plena na vida econômica e social.

Em termos de estrutura, o presente estudo se divide em duas partes principais: a primeira parte se refere à fundamentação teórica, em que é feita uma contextualização histórica da loucura/doença mental, como também é situado dentro das teorias do preconceito o enfoque que é utilizado no presente trabalho, as suas hipóteses, e articulações teóricas com os estereótipos e as crenças causais, sendo apresentados estudos empíricos atuais que mostram as suas relações com o preconceito. A segunda parte do trabalho trata da apresentação dos dados empíricos do presente estudo, com suas análises e discussões, tecendo algumas considerações finais acerca do que foi achado e discutido.

PARTE I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO 1

Contextualização histórica da loucura/doença mental

Este primeiro capítulo busca apresentar uma contextualização histórica acerca da loucura/doença mental, tendo em vista que ao longo do tempo foram tecidas diferentes concepções sobre essa questão. Procura-se também apresentar um panorama atual sobre o tema, discorrendo acerca da política brasileira de saúde mental vigente que é regida pela reforma psiquiátrica.

Contextualização histórica da loucura/doença mental

Na Idade Antiga inúmeras manifestações eram atribuídas aos deuses e às forças sobrenaturais, os enigmas ditos pelos loucos revelavam as mensagens dos deuses e a loucura era vista de forma respeitosa e de grande importância tendo seu lugar social, não necessitando ser excluída. Naquela época, em que não havia o desenvolvimento da ciência, acreditar nas manifestações divinas era necessário para se compreender a realidade (Foucault, 1988).

De acordo com Maciel (2007), os textos trágicos trazem a loucura como um resultado da força divina. Pessotti (2001) relata que na poesia épica de Homero ou nos textos da tragédia grega a loucura é apresentada por diversos personagens sem a pretensão de se formular um conceito de loucura; esses textos poéticos retratam uma concepção dramatizada da natureza humana e de seus desvios apresentando as concepções de loucura que faziam parte do ideário popular da época. Na antiguidade grega até os tempos pré-socráticos a aberração ou a bizarrice era concebida de forma fragmentária, inarticulada, sendo vagas as ideias de culpa, responsabilidade, descontrole emocional e insanidade.

Essa representação da loucura foi rechaçada na Idade Média com a hegemonia do poder da Igreja Católica, pois a Igreja condenava tudo o que fugisse do seu controle pregando que só através da religião cristã se podia chegar a Deus, assim julgava-se a loucura como sendo um estado ligado a possessões demoníacas relacionadas a atos e

comportamentos ateus. A Igreja Católica ficou marcada pelo seu papel repressivo em relação aos que eram considerados ameaça ao seu poder; desse modo, judeus, protestantes, mulheres consideradas bruxas e loucos foram denominados hereges. Por causa disso eram presos, torturados e passavam por inúmeras privações para serem “livrados” dessas possessões. Muitos eram queimados em praças públicas para que servissem de exemplo aos que não seguiam os preceitos religiosos vigentes (Mota, 2009).

Conforme Silveira e Braga (2005), mesmo existindo todo um mecanismo de exclusão social do louco, neste período ainda não se tinha a percepção de que a loucura necessitava de um saber específico, todos os esforços estavam centrados na retirada destas pessoas do convívio social.

Toda repressão até então religiosa ganhou conotação econômica na Idade Moderna com o advento do sistema capitalista de produção, o qual tem como objetivo principal a obtenção de lucro; nesse contexto, o distúrbio psíquico passou a ser associado à inadaptabilidade do ser humano ao processo produtivo. O trabalho ganhou um caráter moral sendo o louco considerado como preguiçoso, parasita e improdutivo, incapaz de contribuir e se adequar ao sistema (Mota & Barros, 2008).

Notadamente no século XVII, várias casas de internamento surgiram a fim de abrigar os loucos, os mendigos e os considerados a-sociais na tentativa de ordenar o mundo da miséria e manter a ordem pública da sociedade burguesa; por conseguinte, essas instituições desempenhavam funções de assistência e repressão. As medidas legislativas de repressão e a exclusão se complementaram pela criação de instituições, de casas de correção e de trabalho, e dos chamados Hospitais Gerais que, apesar do nome, não tinham qualquer função curativa. Destinavam-se a limpar as cidades dos mendigos e antissociais em geral, a prover trabalho para os desocupados, punir a ociosidade e

reeducar para a moralidade mediante a instrução religiosa e moral; um enclausuramento na intenção de ocultar a miséria e os problemas sociais da época (Maciel, 2007).

A internação é uma criação institucional própria do século XVII como medida econômica e de precaução social. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que à loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se ao grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. (Foucault, 2000, p. 78).

Segundo Oliveira (2002), o século XVII marca um tempo de transformação da loucura pois o louco ao ser agrupado nas instituições com criminosos, vagabundos e libertinos, formou laços imaginários de parentesco com eles que não foram rompidos até hoje. Assim, a origem do asilo e a constituição do saber médico são tidas como resultado do movimento de transformações sociais e institucionais ocorridas na Europa em fins do século XVII e, para Foucault (1972), são o ponto culminante do processo de exclusão de tudo aquilo considerado como “desrazão” manifestado pela reclusão de todas as figuras de “desatino”.

Foucault (1972) relata que, embora a reclusão das figuras de “desatino” tenha tido início no século XVII¹, foi apenas no final do século XVIII com as novas transformações sociais e institucionais ocorridas na Europa que muitas instituições foram transformadas em asilos exclusivos para loucos. Surgiu então no início do século XVIII a necessidade de criação de sujeitos especiais capazes de cuidar dessas pessoas quando então apareceram os “alienistas”. A estes, como médicos, mas ainda não chamados de médicos e sem referenciais teóricos ou práticas para o exercício de uma especialidade nova coube

¹ No século XV, já existiam, na Espanha e na Itália, estabelecimentos reservados aos loucos, mas eram práticas isoladas.

a organização dos meios “saudáveis” para regular a vida dos “desregulados”, retificar seus desvios e normatizar suas condutas; um local apropriado era necessário e o asilo foi tido na época como o mais adequado.

Com o passar dos tempos a nova ordem social exigia uma nova conceituação da loucura/alienação e, conseqüentemente, a modificação das suas formas de atendimento. Com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão em 1789, com o contrato social e a livre circulação de pessoas e mercadorias, o alienado já não podia ser enclausurado aleatoriamente pois as novas normas sociais proibiam a privação da liberdade sem garantias jurídicas.

Nesse contexto, a Medicina Psiquiátrica consolida-se como ciência havendo na sociedade uma grande valorização do conhecimento científico; o fenômeno da loucura passa então a pertencer ao campo de estudo da medicina que a concebe como doença mental disponibilizando saberes para sua cura. A reclusão dos alienados concebida como indispensável apresenta agora um caráter terapêutico, de hospitalização e de tratamento médico-psiquiátrico; surge assim, a ideia do hospital como um lugar terapêutico, a figura da psiquiatria e dos psiquiatras como tutores das pessoas consideradas insanas e a representação social da pessoa com transtorno mental como alguém infantilizado que precisa ser tutelado e protegido (Maciel, 1997).

Com o controle da loucura pelo saber psiquiátrico resolvia-se a contradição da assistência ao louco: o isolamento — que se fazia necessário para proteção social, mas que feria os princípios da Revolução Francesa e dos Direitos Humanos que tinham como lema liberdade e igualdade — podia ser aplicado à loucura/doença mental através da psiquiatria e do Hospital Psiquiátrico. A psiquiatria, pois, resolveu essa questão isolando o louco que era uma ameaça à sociedade em hospitais para tratamento médico, ou seja,

sendo cuidado por quem teria competência para tal: o médico psiquiatra (Maciel & Melo, 2014).

Assim, de acordo com Mota e Barros (2008), a história da psiquiatria brasileira, em consonância com a mundial, escreveu-se através da reclusão da pessoa com transtorno mental em locais onde reinava a violência, a despersonalização do indivíduo e a intolerância, transformando este sujeito em uma coisa/objeto e como tal sem necessidades individuais ou direitos a serem atendidos, não sendo considerado, portanto, como um cidadão. A ideologia predominante centrava-se em anular o doente e/ou a doença, afastar o indivíduo das relações externas reforçando o discurso de que eram pessoas perigosas e que não se enquadravam nas normas sociais (Silveira & Braga, 2005).

No século XX, apesar dos progressos, os hospitais psiquiátricos permaneciam com poucos médicos, com demanda acima de sua capacidade e com condições de atendimento e hospedaria precárias. Conforme Amarante (2007), os hospitais psiquiátricos passaram a sofrer fortes críticas em função dos atos violentos e excludentes que perpetravam; muitas das situações foram levadas a público evidenciando fatos gravíssimos em que o tratamento dado aos loucos chegava a ser comparado a campos de concentração nazistas tamanha situação de miséria em que se encontravam os internos.

Até meados do século XX o internamento tornou-se a única e necessária resposta ao questionamento da loucura, só após a 2ª Guerra Mundial em tempos de maior sensibilidade social, de maior respeito pelas diferenças e pelas minorias, e sensibilização por causa do holocausto, que questionamentos acerca de uma reforma na psiquiatria foram levantados. Segundo Silveira e Braga (2005) neste período de consolidação do pensamento democrático vários países passaram a sinalizar insatisfações sobre o modelo hospitalocêntrico, bem como a segregação e a exclusão social da pessoa com transtorno mental culminando assim nas lutas pelos Direitos Humanos e pela Reforma Psiquiátrica.

Como movimento social a Reforma Psiquiátrica teve início na Europa e nos Estados Unidos se expandindo para os demais países; no Brasil, a reforma das instituições psiquiátricas, no que se refere aos modos de atender aos portadores de transtornos mentais, converteu-se a partir da década de 1970 em um movimento de reformas técnicas e em um movimento social amplo em defesa dos direitos humanos objetivando a restauração do vínculo social. Em 1987 surge o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental que, juntamente com o Movimento Social por uma Sociedade sem Manicômios, as Associações de Usuários e Familiares de Doentes Mentais, partidos políticos, Igrejas e Organizações não governamentais passaram a divulgar as reais condições de tratamento dos pacientes e a exigir medidas das autoridades lutando fortemente pela consolidação da Reforma Psiquiátrica (Maciel, Maciel, Barros & Camino, 2007).

Um importante fator legitimador da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi a aprovação em 2001 do Projeto de Lei nº 3.657/89 de autoria do deputado Paulo Delgado (PT-MG; Lei aprovada nº 10.216/2001) que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de atendimento como Hospitais-dia, CAPs e Lares Protegidos. Outro aspecto importante para a concretização da Reforma Psiquiátrica tem sido o processo de municipalização das ações de saúde em curso nos municípios do país, o qual possibilita uma descentralização dos serviços, uma maior autonomia e responsabilização dos municípios frente aos recursos necessários para o planejamento e a execução dos serviços de saúde mental prestados em seu território.

A Reforma Psiquiátrica surgiu, portanto, no sentido de questionar a instituição asilar cujo fundamento é a exclusão social; procura também questionar a prática médica e humanizar a assistência requerendo a ênfase na reabilitação ativa do indivíduo em detrimento da custódia e da segregação. Essa transformação da assistência consiste na criação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, tais como: centros

de atenção psicossocial (CAPS), hospitais-dia, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, ambulatorios, centros de convivência, oficinas de geração de renda, serviços residenciais terapêuticos, entre outros (Ribeiro, Martins & Oliveira, 2009).

Os eixos condutores da Reforma estão ancorados no resgate da singularidade, na produção de subjetividade, na ética, na reabilitação psicossocial e na construção/reconstrução da cidadania da pessoa com transtorno mental. Afirmam Macêdo e Jorge (2000) que com o processo de reforma e modernização da assistência surgiu a proposta de equipe multiprofissional tendo como tese o saber e o poder diluídos, mais bem distribuídos, articulando-se à noção de multiplicidade dos problemas e à necessidade de diferentes terapias inserindo também o apoio e a orientação à família.

Buscando melhorar a qualidade da assistência prestada à pessoa com transtorno mental, a Reforma Psiquiátrica no Brasil também pretendeu reduzir os leitos psiquiátricos, aumentar a rede substitutiva, os serviços extra-hospitalares e os comunitários; de forma que estes pudessem crescer numa proporção direta com a qualidade, a fim de assistir os pacientes com efetividade. Entretanto, tem-se observado que a Reforma Psiquiátrica passou a ser concebida apenas como a construção de serviços substitutivos; contudo, a Reforma configura-se como um processo complexo e muito mais amplo de cunho cultural e ideológico que envolve a forma como a sociedade vê e representa a pessoa com transtorno mental. Em função disso, a Reforma não tem sido um processo unânime, pelo contrário, está sendo realizada de maneira conflituosa, não ocorrendo de forma consensual e homogênea nos diversos países. Por estar vinculada às condições econômicas, políticas, históricas e culturais de cada sociedade, a Reforma envolve também setores como o legislativo, administrativo e jurídico, com vistas a superar a relação histórica existente entre a sociedade e a loucura (Maciel et al., 2007).

Com a Reforma a sociedade é convidada a acolher no seu cotidiano as pessoas com transtornos mentais de modo a descobrir modos de conviver com a diferença de maneira mais satisfatória e adequada, dissipando os estigmas e os preconceitos em relação à figura do louco (Maciel, Barros, Camino & Melo, 2011). Nesse sentido, o que é proposto é uma nova forma de se conceber a loucura, de maneira mais humanizada e totalmente diferente de como historicamente ela foi considerada; assim, a Reforma traz consigo o ideal de mudar representações profundamente arraigadas no imaginário coletivo com vistas à inclusão social.

No entanto, observa-se que a despeito dos avanços que ocorreram no panorama da saúde mental brasileira com a legalização de novos instrumentos legais visando a desinstitucionalização e a inclusão das pessoas com transtornos mentais na sociedade, percebe-se que há muito a ser feito e que estas transformações foram insuficientes. A institucionalização (hoje esta se faz nos serviços substitutivos) em conjunto com o tratamento farmacológico ainda são a base do atendimento ao portador de transtorno mental no Brasil vigiando e custodiando os internos. A psiquiatria ainda é hegemônica e, embora a equipe multidisciplinar esteja presente na instituição, são delegados ao médico e a medicalização a responsabilidade maior pelo tratamento da loucura; referendando o saber médico para o controle dos sintomas e normalização do sujeito.

A criação de novos serviços (como os CAPS, NAPS, residências terapêuticas, hospitais-dia, dentre outros) que substituem os hospitais psiquiátricos não significou necessariamente a transformação da lógica manicomial e da forma de compreender e praticar a psiquiatria. Corre-se o risco de se desenvolver práticas antigas com nova roupagem, seja por desconhecimento dos profissionais, seja pela filosofia do serviço ou até mesmo da apropriação do saber psiquiátrico pela comunidade. Giovanella e Amarante (1994) lembram que o aparato manicomial não é o hospital psiquiátrico, embora seja a

mais expressiva instituição onde se exercita o isolamento do portador de transtorno mental. O aparato manicomial é o conjunto de gestos, olhares e atitudes que fundam limites e intolerâncias às diferenças, em grande parte informadas pelo saber psiquiátrico existente de forma radicalizada no hospício, mas presente também em outras modalidades assistenciais consideradas abertas e substitutivas, e no cotidiano das relações sociais.

Barros (2003) destaca que a desospitalização como uma política instituída pelos serviços de Saúde Mental deve considerar tanto os aspectos subjetivos dos pacientes, quanto o universo social e cultural no qual se encontram. Defendendo a idéia de que pretender a transformação da instituição psiquiátrica sem considerar as portas de sustentação que a própria sociedade lhe oferece é recair na ilusão de que pela técnica seria possível modificar a realidade.

Os movimentos de mudança do modelo assistencial com a proposta da extinção dos hospitais psiquiátricos têm dificuldades para propor estratégias para lidar com os muros invisíveis da exclusão. Em pesquisa realizada por Ribeiro et al. (2009) observou-se que os familiares de pessoas com transtornos mentais afirmaram enfrentar dificuldades em participar de atividades sociais e de lazer, pois se sentiam excluídos das relações sociais, não recebendo mais convites para eventos tendo os vizinhos, amigos e parentes afastados.

Nesse sentido, problematiza-se que o isolamento a que estava sujeito a pessoa com transtorno mental quando estava no hospital psiquiátrico extrapola os muros dessa instituição. Segundo Mota e Barros (2008) a exclusão social está ligada à solidão, à desagregação social e aos impactos nas condições econômicas, culminando na fragilização social do sujeito com transtorno mental grave. Assim, pode-se afirmar que ainda existe uma atmosfera notadamente insatisfatória em relação a esse indivíduo; as visões estereotipadas de cunho negativo, assim como os sentimentos desfavoráveis em

relação a ele encontram-se presentes ainda hoje gerando atitudes de medo e exclusão (Maciel, 2007).

Jodelet (2005) afirma que as tentativas de reinserção social dos pacientes “desinstitucionalizados” revelam que as comunidades manifestam grande resistência quando estes são numerosos. Isso é fruto, analisa Melman (2001), do imaginário social em que predomina uma visão de medo e de rechaço frente a qualquer experiência humana que se afaste dos padrões de racionalidade e de normalidade hegemônicos.

Diante do exposto, observa-se a complexidade e os desafios que envolvem a inclusão sócio-familiar da pessoa com transtorno mental; nesse sentido, a maior barreira a ser superada — e a mais importante — é a mudança de representações preconceituosas que estigmatizam e discriminam essas pessoas. De modo que não basta apenas a criação de novos espaços terapêuticos com novas roupagens; o que deve haver é a mudança das representações frente a esse grupo social devendo-se buscar uma verdadeira inserção social, um novo lugar social para este indivíduo.

Portanto, concorda-se com o relatório Opas/OMS (2001), quando se destaca que para dirimir o preconceito é necessária uma abordagem em diversos níveis abrangendo a educação dos profissionais e trabalhadores em saúde; o fechamento das instituições psiquiátricas asilares, que servem para preservar e reforçar o estigma; a provisão de serviços de saúde mental na comunidade e a implementação de leis para proteger os direitos dos indivíduos com transtorno mental. Ressalta-se ainda que o combate ao preconceito requer também campanhas de informação pública para educar e informar a comunidade sobre a natureza, o grau e o impacto dos transtornos mentais, a fim de se dissipar mitos e incentivar atitudes e comportamentos mais positivos.

Com base no exposto, percebe-se a importância da investigação do preconceito em relação à esquizofrenia; com vistas a um maior aprofundamento teórico sobre o tema,

no capítulo seguinte serão apresentados as abordagens teóricas que tentam explicar o preconceito.

CAPÍTULO 2

Embasamento teórico sobre o preconceito

Tendo sido contextualizado o tema da loucura/doença mental no capítulo anterior, é importante explanar sobre a base teórica na qual este trabalho de tese se sustenta. Uma vez que se pretende investigar o preconceito, este capítulo procura assinalar algumas das várias formas por meio das quais ele foi conceituado teoricamente ao longo do tempo, em meio a abordagens que se sucederam cronologicamente ou coexistiram, contendo elementos conceituais frequentemente complementares. Conforme Tavares (2012), cada conceitualização do preconceito deriva de uma maneira particular de explicá-lo e, não raro, estão marcadas por tendências suscitadas por eventos históricos que tiveram reflexo nas construções científicas de cada época.

As perspectivas teóricas dominantes em diferentes períodos históricos emergem de uma série de questões fundamentalmente diferentes sobre a natureza do preconceito. Cada perspectiva tende a fazer contribuições que, embora sejam parciais, são essenciais e complementares para a compreensão mais ampla do tema; nesse sentido, observa-se que as diferentes teorias acerca do preconceito se concentram em uma grande variedade de fatores causais específicos e diferentes; tal panorama reflete a complexidade do construto em questão (Tavares, 2012).

Conforme Allport (1962) é errôneo atribuir o preconceito e a discriminação a uma só fonte originária, seja esta a exploração econômica, a estrutura social, os costumes, o medo, a agressão, os conflitos sexuais ou qualquer outra. O preconceito e a discriminação podem alimentar-se de todas estas condições e de outras mais; por conseguinte, deve-se reconhecer a existência de uma etiologia sociológica de vasto alcance na explicação do preconceito, bem como a de uma causalidade imediata que reside nas atitudes individuais.

Em função disso, o presente capítulo abordará diferentes compreensões acerca do preconceito trazendo desde perspectivas individuais até explicações mais sociais com a finalidade de situar o estudo desse fenômeno na história da psicologia social. Por fim,

pretende-se explanar acerca do estudo do preconceito na atualidade, com as suas chamadas novas formas de expressão, apresentando também as hipóteses do presente estudo com as devidas articulações teóricas.

2.1 Estudos clássicos

De acordo com Belo, Souza e Camino (2010), entre as décadas de 1930 e 1950 a ciência psicológica se preocupava mais em buscar estruturas universais valorizando os elementos mais individuais ou psicológicos dos fenômenos. Isto ocorreu num contexto em que a psicologia precisava se definir enquanto disciplina independente; para ser considerada verdadeiramente científica, deveria estudar e explicar apenas o comportamento humano observável passível de ser controlado em laboratório sem considerar construtos mentais não observáveis e não mensuráveis.

Como consequência disso, Ferreira (2011) afirma que os pesquisadores começaram a adotar uma psicologia social eminentemente experimental e focada no indivíduo; desse modo, percebeu-se uma cisão na psicologia social havendo uma perspectiva psicológica, em que ela é vista como uma ciência natural, e uma sociológica, em que é vista como uma ciência social. Assim, em decorrência desse contexto, no começo do século XX as teorias sobre a natureza do preconceito caracterizaram-se por enfocar mais os processos intraindividuais ou intrapsíquicos e os interpessoais.

A partir das décadas de 1960 e 1970 a Psicologia Social se fortaleceu na Europa onde começou a demonstrar maior preocupação com a estrutura social iniciando, então, a busca por compreender a persistência do racismo em sociedades formalmente democráticas; de modo que, as explicações do preconceito deslocaram-se do eixo das diferenças individuais para o eixo dos fatores relacionados às influências culturais, às relações intergrupais e às normas sociais (Ferreira, 2011).

A partir dos anos 1980 observou-se que as teorias sobre o preconceito acompanharam claramente o desenvolvimento das duas vertentes da Psicologia Social: uma perspectiva mais psicológica e outra mais sociológica, enfocando o preconceito na ótica dos processos sociais de exclusão e inclusão social, procurando explicar as formas concretas de discriminação a partir de conflitos sociais e embates ideológicos que se desenvolvem em torno dos conflitos (Belo et al., 2010).

De modo geral, as teorias explicativas do preconceito podem ser classificadas e entendidas de acordo com os níveis de análise das explicações dos fenômenos sociais propostos por Doise (1982): o nível intraindividual, interindividual, intergrupar e societal (Pereira, 2004; Rivera, 2009; Tavares, 2012).

No nível intraindividual, predominam explicações que priorizam os aspectos motivacionais psicológicos do indivíduo, bem como estruturas ou traços de personalidade. No nível interindividual, ressalta-se os aspectos ligados às relações que ocorrem entre um indivíduo e outro indivíduo em uma dada situação. No nível intergrupar, são assinaladas as relações que os grupos sociais mantêm com os outros grupos, sendo os fenômenos sociais explicados a partir da identificação que os indivíduos possuem com esses grupos. Por fim, no nível societal, destacam-se as explicações que se baseiam nas ideologias que subjazem à forma como os grupos sociais se relacionam (Pereira, 2004).

O presente estudo usará este critério de interpretação ao abordar algumas das principais teorias do preconceito, as quais serão apresentadas a seguir.

2.1.1 Teorias intraindividuais e interpessoais

Classicamente o preconceito tem sido estudado como uma característica psicológica do indivíduo; como exemplo, tem-se a teoria da frustração-agressão (Dollard,

Doob, Miller, Mowrer & Sears, 1939), da personalidade autoritária (Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson & Sanford, 1950), do espírito fechado (Rokeach, 1960) e a teoria do contato (Allport, 1962). Estas teorias enfatizam a origem intrapsíquica ou interpessoal do preconceito e serão brevemente explanadas.

A Teoria da Frustração-Agressão foi formulada por um grupo de pesquisadores da Universidade de Yale liderado por John Dollard, Leonard Doob, Neal Miller, O. H. Mowrer e Robert Sears. Em 1939 publicaram o livro *Frustration and aggression*, em que tentaram dar conta de praticamente toda a agressão humana com algumas ideias básicas: originalmente, a hipótese da frustração-agressão baseou-se na suposição de que o aparecimento de um comportamento agressivo significa sempre a existência de frustração e por outro lado, que a existência de frustração sempre leva a alguma forma de agressão. Afirmava-se que o fator que desencadeia o comportamento agressivo é sempre um estado de frustração e que a agressão é a única resposta possível diante de um estado de frustração. Esta era definida como sendo um estado interno individual provocado pela interrupção de um comportamento emitido com a intenção de conseguir um objetivo afetivamente importante; a agressão, por sua vez, era considerada como qualquer ato capaz de fazer mal a outro organismo (Berkowitz, 1989).

Conforme Álvaro e Garrido (2006) a hipótese da frustração-agressão foi influenciada pela teoria psicanalítica, a qual preconizava que quando a pessoa se encontra frustrada, ou seja, quando lhe é impedido satisfazer um desejo, o resultado será a manifestação de hostilidade contra o agente que provocou a frustração numa expressão catártica da agressividade, já que a pessoa se libera de uma tensão que, de outra forma, poderia ser dirigida contra ela mesma. Como pode ser observado, o foco desta teoria não era o preconceito em si, mas a análise das causas da agressão destacando a natureza instintiva dos impulsos agressivos; entretanto, esta teoria sofreu algumas reformulações

adaptando-se para o estudo do preconceito. Segundo Pereira (2004), esta adaptação é conhecida como a hipótese do “bode expiatório” que preconiza que quando os indivíduos ou grupos são frustrados tendem a deslocar sua agressividade para grupos diferentes dos seus, de menor poder e maior rejeição por parte do indivíduo ou grupo frustrado.

Esta teoria recebeu inúmeras críticas como, por exemplo, a ideia de que a agressão é a resposta natural diante da frustração; segundo essa afirmação, o comportamento intergrupar seria emocionalmente dirigido pela frustração ao invés de ser dirigido por vários outros fatores que podem influenciar esse comportamento. Outra crítica recai sobre o fato de os pesquisadores terem atribuído um caráter universal e transcultural a hipótese, bem como a desconsideração das características de personalidade dos indivíduos; não obstante, esta teoria tornou-se o principal marco teórico em que se inspirou a pesquisa experimental acerca da agressão sofrendo amplas reformulações através dos anos (Álvaro & Garrido, 2006; Pereira, 2004).

Também influenciado pela perspectiva psicanalítica, o estudo de Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson e Sanford publicado em 1950 sobre a Personalidade Autoritária é considerado a origem das investigações sistemáticas sobre o autoritarismo (Adorno et al., 1950). Conforme Álvaro e Garrido (2006), o objetivo inicial desse estudo era analisar as raízes do antissemitismo, entretanto, ao longo da pesquisa ampliou-se para a análise do preconceito contra as minorias sociais e sua relação com a ideologia e a personalidade.

A Teoria da Personalidade Autoritária concebe o preconceito como sendo uma manifestação particular de personalidade patológica; a personalidade autoritária seria a origem do preconceito (Pereira, 2004). Nessa perspectiva, aponta Rivera (2009), o conjunto de valores sociais e políticos de um indivíduo seria a expressão de tendências profundas da sua personalidade. Considera-se que as ideologias possuem existência independente dos sujeitos se originando em processos sociais e culturais, históricos e

contextuais, no entanto, mobilizam os indivíduos em função de suas características dinâmicas de personalidade.

De acordo com Barros, Torres e Pereira (2009), esta teoria preconiza que o desenvolvimento da personalidade em ambientes repressivos, rígidos e severos no tocante à disciplina levaria o indivíduo já na infância ao deslocamento dos impulsos agressivos contra os pais para outros alvos pertencentes aos grupos minoritários percebidos como mais fracos ou inferiores. Assim, uma das principais características dos sujeitos autoritários seria a intolerância frente a membros de outros grupos, principalmente se esse grupo for uma minoria social como, por exemplo, judeus, homossexuais, negros, dentre outros. Uma segunda característica seria o apego às tradições e a inflexibilidade em aceitar mudanças, nesse sentido, seriam pessoas fundamentalistas e dogmáticas.

Segundo Crisp e Turner (2013), uma das principais críticas feitas a essa teoria é que ela tem dificuldades para explicar o preconceito uniforme e muito difundido: como explicar o fato de todo um grupo expressar preconceito em relação a um exogrupo? Todos teriam uma educação autoritária? Portanto, a teoria negligencia os contextos históricos, situacionais e socioculturais envolvidos nas ideologias preconceituosas (Barros et al., 2009).

A Teoria do Espírito Fechado (Rokeach, 1960) foi a primeira a enunciar o papel da percepção das diferenças culturais na justificação do etnocentrismo; este pode ser definido como uma visão de mundo onde o nosso próprio grupo é tomado como centro de tudo e todos os outros grupos são pensados e sentidos através dos nossos valores, modelos e definições. Nessa concepção a percepção das diferenças entre os valores culturais estaria subjacente ao preconceito (Rivera, 2009).

De acordo com Rokeach e Rothman (1965), as pessoas tendem a valorizar uma determinada crença, subsistema ou sistema de crenças na proporção do grau de

congruência com os seus próprios sistemas de crenças; além disso, as pessoas valorizam as outras na proporção do grau em que essas outras apresentam crenças, subsistemas ou sistemas de crenças congruentes com os seus. A causa do etnocentrismo, portanto, seria um certo estilo de relação com o meio ambiente: num extremo deste estilo se situam as pessoas de espírito fechado (*closed mind*), as quais teriam dificuldades para entender e aceitar valores e posições diferentes dos seus; no outro extremo, se colocam as pessoas abertas (*open mind*), as quais são tolerantes a práticas e valores diferentes dos seus.

Rokeach estabelece uma relação entre o etnocentrismo e o dogmatismo; este último pode ser definido, segundo Vacchiano, Strauss e Hochman (1969), como uma organização cognitiva relativamente fechada de crenças e descrenças sobre a realidade, organizadas em torno de um conjunto central de crenças sobre a autoridade absoluta que, por sua vez, fornece uma estrutura para padrões de intolerância em relação aos outros. Nesse sentido, quanto mais fechado o sistema de crenças de uma pessoa, mais dificuldade em discriminar entre as informações recebidas e sua fonte (autoridade); isto sugere que o indivíduo dogmático confundiria a veracidade da autoridade com o status dessa autoridade.

Portanto, um grupo percebido como partilhando crenças diferentes será negativamente avaliado, sobretudo por indivíduos de espírito fechado ou intolerantes à incongruência de crenças; a origem do preconceito racial, por exemplo, não estaria na percepção das diferenças raciais, mas sim na percepção de diferenças em valores e crenças importantes. Desse modo: “os membros do grupo majoritário assumiriam que a sua forma de pensar e sentir é natural e correta, percebendo a forma de pensar e sentir dos membros de outras culturas como diferente, não natural e incorreta” (Rivera, p.57-58, 2009); assim, favorecem o próprio grupo, se sentem orgulhosos dele e agem de forma hostil contra os membros de outras culturas.

Ressalta-se que parece não haver um consenso entre os autores ao classificar esta teoria em algum nível de análise proposto por Doise (1982), pois ao mesmo tempo em que é considerada uma teoria psicológica e intrapessoal (Tavares, 2012), uma vez que aponta para estruturas cognitivas na perspectiva dos estudos da cognição, é situada também no nível intergrupar de análise, pois ressalta as crenças e os valores sociais (Rivera, 2009).

Nos estudos acerca do preconceito é imprescindível destacar Gordon Allport que delineou grandes questões do campo em 1954 em seu livro *The nature of prejudice*; em seu trabalho, que se tornou clássico no estudo do preconceito, Allport (1962) o conceitua como sendo uma atitude negativa em relação a uma pessoa baseada na crença de que ela tem as características negativas atribuídas a um grupo; o preconceito caracteriza-se, assim, por uma antipatia baseada numa generalização errada e inflexível, que pode ser apenas sentida ou abertamente expressa, podendo ser dirigida a um grupo como um todo ou a um indivíduo por ser membro de tal grupo. Esse preconceito seria constituído por dois componentes: um cognitivo, a generalização categorial, e um disposicional, a hostilidade, correspondente a um sentimento negativo que influenciaria comportamentos discriminatórios.

De acordo com Belo et al. (2010) o fato de Allport conceber o preconceito como uma espécie de defeito cognitivo, uma generalização falha e inflexível que se expressa através de sentimentos e/ou comportamentos hostis contra um indivíduo, ou como uma antipatia sentida como emoção e externalizada no comportamento, reflete uma perspectiva intraindividual e psicológica do preconceito. Entretanto, Rivera (2009) situa esta teoria no nível interindividual de análise por causa da hipótese do contato formulada por Allport (1962), que preconiza que o contato interpessoal entre membros de diferentes categorias sociais pode contribuir para uma diluição do preconceito, pois este contato

pode dificultar a generalização de todos os membros de uma dada categoria minoritária do conjunto de características normalmente negativas que lhe são atribuídas favorecendo assim a diminuição do preconceito.

Allport (1962) aponta que os efeitos positivos do contato intergrupar ocorrem apenas em situações marcadas por quatro condições essenciais: igualdade de *status* entre os grupos, isto é, os membros de minorias envolvidos no contato deverão ter posição igual ou superior à posição dos membros da maioria; objetivos comuns; cooperação intergrupais; e o apoio das autoridades, lei ou costume (Pettigrew, 1998). Em análise realizada por Pettigrew, Tropp, Wagner e Christ (2011), em que foram analisados os avanços desta teoria, constatou-se que essas condições facilitam o efeito positivo do contato, mas não são condições necessárias.

Pesquisa efetuada por Pettigrew e Tropp (2006) em que foi realizado um teste meta-analítico da teoria do contato intergrupar com 515 estudos constatou-se que o contato intergrupo normalmente reduz o preconceito intergrupar e que esta teoria, concebida originalmente para encontros raciais e étnicos, pode ser estendida para outros grupos. Os autores apontam que trabalhos futuros devem se concentrar nos fatores negativos que impedem o contato intergrupar de diminuir o preconceito, bem como o desenvolvimento de uma teoria mais abrangente.

Cabe mencionar aqui a dificuldade em classificar as ideias de Allport em um determinado nível de análise; ao trazer o preconceito como um defeito cognitivo as concepções deste autor se encaixariam no nível intraindividual, por outro lado, a hipótese do contato pode ser enquadrada no nível interpessoal e intergrupar. Por fim, Allport também aponta para o nível societal de análise quando afirma que uma das condições para que o contato intergrupar facilite a diminuição do preconceito decorre do apoio das autoridades, leis ou costumes. Desse modo, percebe-se quão importante foram os estudos

e as ideias de Allport influenciando toda uma geração de pesquisadores e estudiosos sobre o preconceito.

De forma geral, a ênfase na causalidade psicológica e intraindividual do preconceito têm sido criticada especialmente no que se refere ao fato de que, explicando o preconceito através dos elementos intrapsíquicos do indivíduo, essas teorias estariam negligenciando fatores situacionais e socioeconômicos que na maioria das vezes são muito poderosos em determinar esse fenômeno (Pereira, Torres & Almeida, 2003). Assim, as teorias intraindividuais e interpessoais não são suficientes para explicar o fenômeno a que se propõem.

A seguir serão apresentadas teorias que enfocam os fatores intergrupais e socioculturais na explicação do preconceito, destacando-se as que podem ser classificadas no nível intergrupar e societal de análise.

2.1.2 Teorias intergrupais e sociais

De acordo com Tavares (2012) no final da década de 1950 percebeu-se que o paradigma das diferenças individuais não dava conta de explicar o preconceito em contextos sociais como os da América do Norte ou África do Sul, onde o conflito racial era acirrado e expressões de intolerância eram explícitas e intensas. Explicações pautadas em diferenças individuais ou de personalidade não eram viáveis em contextos onde uma sociedade inteira parecia ser racista; não havia como explicar o racismo pela diferença individual se praticamente todos eram racistas, mas nem sempre tinham personalidade autoritária.

Nesse contexto, os teóricos começaram a questionar se o preconceito era fruto de uma personalidade preconceituosa ou se era derivado de diferentes normas e pressões culturais ou os dois. Pettigrew (1959) ponderou que o nível elevado de preconceito contra

negros na região sul dos Estados Unidos não deveria necessariamente ser atribuído à tese de ser essa uma região que abriga mais pessoas autoritárias. O conflito pode representar a operação de fatores históricos, culturais e sociais particulares; desse modo, enfatizou-se o caráter normativo do preconceito especialmente em sociedades altamente preconceituosas.

A imagem dominante do preconceito passou a ser então a de uma norma² que está incorporada no ambiente social; nesse sentido, o desafio passou a ser compreender como tais normas influenciam e determinam as atitudes preconceituosas sendo apontados mecanismos como a socialização e a conformidade. Essa abordagem normativa do preconceito envolveu uma visão basicamente otimista sobre o futuro das relações raciais, pois se o preconceito era essencialmente uma questão de conformismo social às normas tradicionais e padrões institucionalizados de comportamento, a mudança e a harmonia poderiam vir a partir da aceitação dos brancos das suas crenças preconceituosas em relação aos negros, bem como da integração racial.

Contudo, essas suposições otimistas começaram a se desvanecer rapidamente na década de 1960 com os movimentos urbanos de revolta e o endurecimento da resistência ao movimento dos direitos civis. Na década de 1970 os padrões socialmente compartilhados e normativos do preconceito e da discriminação já não poderiam ser vistos apenas como tradições culturais e institucionais; ao invés disso, esses padrões pareciam ser mantidos por conflitos intergrupais mais básicos e condições estruturais da sociedade. A ênfase passou a ser a identificação e a explicação desses conflitos de interesses intergrupais e as condições sociais estruturais que fundamentam os sistemas sociais racistas e discriminatórios; o preconceito passou a ser concebido como uma

² Norma aqui não está se referindo a leis instituídas pelas autoridades, mas como crenças e costumes que regulam o comportamento e atuam como controles sociais informais, sendo geralmente baseadas em algum grau de consenso.

expressão de interesses entre os grupos. O racismo nos Estados Unidos, por exemplo, foi descrito como uma consequência da dominância dos interesses dos brancos e do desejo de manter o privilégio histórico.

Com relação aos conflitos de interesses intergrupais, não se pode deixar de destacar os estudos de Muzafer Sherif, os quais delinearam uma perspectiva teórica que foi relevante para compreender os conflitos sociais: a teoria do conflito real (Sherif & Sherif, 1953). De acordo com Álvaro e Guarrido (2006), os experimentos realizados por Sherif e seus colaboradores revelaram que a discriminação dos membros do exogrupo e o favoritismo quanto aos membros do próprio grupo eram resultantes do conflito de interesses.

No entanto, os estudos de Henri Tajfel e seus colaboradores sobre as bases cognitivas do preconceito mostraram que o conflito não era necessário e que o simples conhecimento da afiliação a um grupo bastava para que a pessoa favorecesse os membros do seu grupo e discriminasse os membros de outros grupos. Para provar essa hipótese Tajfel e seus associados realizaram uma série de pesquisas que ficaram conhecidas como *o paradigma do grupo mínimo*.

Observou-se que a diferenciação intergrupar não é fruto de um conflito de interesses, mas sim da necessidade que a pessoa tem de dar significado à situação intergrupar de forma que a sua identidade social fique fortalecida; por isso, maximizam-se as diferenças entre os grupos ou criam-se diferenças que de fato não existem (Tajfel, 1982). Surge assim a teoria da identidade social que explica a tendência que as pessoas possuem de favorecer sistematicamente membros de seu grupo até em situações em que não existe conflito com outros grupos com vistas a reforçar sua identidade (Álvaro & Guarrido, 2006).

Na ótica de Pereira et al. (2003) Tajfel defende que os indivíduos são motivados a procurar e a manter uma identidade social positiva, a qual contribuiria para um sentimento de autoestima positiva. De modo que, quanto maior o sentimento de identificação com um determinado grupo (e assim maior as implicações desse grupo para a autoestima do indivíduo), maior seria a tendência do indivíduo de diferenciar entre o endogrupo e os exogrupos para adquirir e manter uma identidade social positiva.

Na perspectiva de Tajfel, a mera consciência da presença de um exogrupo é suficiente para provocar respostas intergrupais competitivas ou discriminatórias. Discriminação e preconceito intergrupais então são vistos nesta perspectiva como resultados inevitáveis de um processo cognitivo normal, natural e universal, que funciona no sentido de simplificar e tornar mais fácil o gerenciamento da complexidade do mundo social. Essa compreensão de Tajfel forneceu uma perspectiva nova, poderosa e distintamente psicológica para a compreensão de importantes problemas sociais; o preconceito passou a ser concebido como um resultado inevitável da categorização cognitiva e o desafio era descobrir como este processo cognitivo essencialmente normal determina fenômenos intergrupais como conflitos, discriminação e estereótipos.

Contudo, Pereira et al. (2003) apontam que ao explicar o viés intergrupal como sendo resultado da necessidade do indivíduo de obter e manter uma identidade social positiva, Tajfel (1982) comete o mesmo tipo de reducionismo psicológico que se critica na teoria da personalidade autoritária e na teoria da frustração-agressão. Observa-se que a relação que se estabelece entre o endogrupo e o exogrupo também depende das relações intergrupais históricas e políticas, isto é, esta relação não se dá num vácuo social; assim, essa perspectiva cognitivista é apenas uma abordagem parcial, que não fornece uma explicação completa do preconceito nas relações intergrupais.

Com base nessas questões, tem sido desenvolvida uma abordagem mais societal para a análise do preconceito nas relações intergrupais, a qual, segundo Pereira et al. (2003), situa o viés intergrupar no quadro específico dos conflitos ideológicos que se desenvolvem no interior de uma sociedade. A base motivacional proposta por Tajfel (1982) é suplantada por explicações que colocam em destaque as relações de poder entre os grupos, onde surgem ideologias que justificam as diferenças sociais existentes (Lacerda, Pereira & Camino, 2002). Essa abordagem explica o favoritismo endogrupal não mais em termos de motivações psicológicas, mas como consequência da dinâmica própria das relações de poder entre os grupos.

Embora se perceba que o preconceito faz parte de processos mais amplos, não se quer dizer que ele não possua sua própria dinâmica psicológica, de modo que não se pretende negar seu caráter subjetivo, mas procura-se enfatizar a função política dessa disposição psicológica. Assim, a compreensão do preconceito exige também uma análise em termos do funcionamento da sociedade, isto é, no nível societal das relações de poder dentro de uma sociedade (Fernandes, Costa, Camino & Mendoza, 2007).

Nesse sentido, os preconceitos não seriam somente conjuntos de sentimentos, antipatias, crenças distorcidas e negativas sobre grupos sociais, mas estariam essencialmente relacionados às práticas e comportamentos discriminatórios frente a membros dos grupos sociais por pertencerem a esses grupos (Fernandes et al., 2007; Lima Nunes & Camino, 2011). Assim sendo, o preconceito pode ser definido como:

Uma forma de relação intergrupar organizada em torno das relações de poder entre grupos, produzindo representações ideológicas que justificam a expressão de atitudes negativas e depreciativas, bem como a expressão de comportamentos hostis e discriminatórios em relação aos membros de grupos minoritários. Nesse sentido, os discursos ideológicos, ao apresentarem as características psicossociais

que organizam os processos afetivos e cognitivos, justificam as diferenças sociais existentes e dão suporte aos processos de exclusão social. Assim, a compreensão dos preconceitos sociais passa pela análise de como as representações ideológicas se expressam nas teorias de senso comum sobre a natureza dos grupos sociais. (Pereira et al., 2003, p. 97-98).

Desse modo, a partir de uma visão dialética, os preconceitos se desenvolvem no interior dos processos de exclusão social e se modificam junto com estes, podendo ser considerados como uma forma de relação intergruparal onde, no quadro das relações de dominação entre grupos, desenvolvem-se e expressam-se atitudes negativas e comportamentos discriminatórios frente a membros de um grupo, pelo fato de pertencerem a esse grupo (Camino et al., 2001; Fernandes et al., 2007). Com efeito, Pereira e Vala (2011) apontam que estudos usando medidas implícitas das atitudes sociais têm mostrado que as pessoas avaliam negativamente os grupos sociais percebidos como minoritários.

Para se entender os preconceitos sociais é necessário analisar os discursos ideológicos, os quais se expressam nos estereótipos e nas crenças causais essencialistas acerca da natureza dos grupos sociais; assim, os estereótipos e as crenças que se possui acerca de um grupo social são alicerçados em ideologias e normas sociais. Para Lima e Vala (2004a), as nossas crenças e atitudes são construídas socialmente pelas normas culturais, de modo que é a cultura que fornece uma versão social para os processos automáticos e intrapsíquicos; com isto determinadas normas sociais ou ideologias podem agir facilitando ou inibindo a expressão do preconceito, bem como podem atuar na formação e expressão de estereótipos e crenças.

Aparecendo vinculados às ideologias sociais, os estereótipos e crenças podem ser considerados como estruturas consideravelmente difundidas entre os grupos sociais, o

que legitima seu poder enquanto elementos centrais na organização da dimensão cognitiva que define as atitudes das pessoas, sendo caracterizados fundamentalmente por terem a função de justificar e legitimar o preconceito e a discriminação (Allport, 1962; Pereira & Vala, 2011). Assim, a ideologia é entendida aqui enquanto construção mental justificadora que, embora surja nas condições concretas das relações de poder, segue o conjunto de leis psicológicas que regem os processos cognitivos e afetivos, como os processos de categorização e o de construção de estereótipos (Camino et al., 2001; Lacerda et al., 2002). Seguindo esta linha de pensamento, pode-se afirmar que as ideologias definem a direção e o conteúdo do preconceito numa sociedade (Lima et al., 2006).

Dentro desse contexto, de uma perspectiva mais societal para a compreensão do preconceito, foi elaborada na década de 1990 a Teoria da Dominância Social (Sidanius & Pratto, 1999), que tem como objetivo central propiciar um avanço no conhecimento concernente ao desenvolvimento dos sistemas de desigualdades sociais e da manutenção desses sistemas. Essa perspectiva tem como ideia básica que todas as sociedades humanas tendem a se estruturar em sistemas de grupos baseados em hierarquias sociais, consistindo em um pequeno número de grupos dominantes e hegemônicos no topo da pirâmide social e grupos subordinados na parte inferior; de maneira geral, esses sistemas de hierarquias grupais são muito difíceis de se modificar e possuem um alto grau de estabilidade.

Pereira e Vala (2011) afirmam que, de acordo com essa teoria, a sociedade cria consensos sobre as ideologias que promovem a superioridade de alguns grupos sobre outros; nesse sentido, as ideologias que promovem a desigualdade são usadas pelos atores sociais para a legitimação dessas desigualdades. Essas ideologias funcionam então como mitos legitimadores da desigualdade social e, estrategicamente, podem ser usadas para dar legitimidade ao comportamento discriminatório contra minorias sociais; assim, a

função ideológica dos mitos legitimadores é a manutenção da hegemonia dos grupos dominantes sobre os grupos dominados, uma vez que servem como justificações socialmente mais aceitáveis e “neutras” para ações discriminatórias.

Nesse contexto, a Teoria da Justificação do Sistema preconizada por Jost e Banaji (1994) propõe que as pessoas agem em função de uma motivação básica, que é procurar encontrar justificações que legitimam o modo como a vida social está organizada, mesmo que essa organização seja desfavorável aos seus próprios interesses ou aos de seu grupo de pertença. Exemplificando, a motivação para a justificação pode levar as pessoas a explicar a pobreza e o fracasso de alguns grupos, e o sucesso de outros, ao estabelecer que essas diferenças são legítimas e naturais, justificando o *status quo* ao invés de questionar a legitimidade do sistema que produziu as diferenças entre os grupos (Pereira & Vala, 2011).

Cabe mencionar que o presente estudo se vale de uma perspectiva societal para a compreensão do preconceito frente à esquizofrenia, considerando-o como resultado das relações desiguais de poder e dominação entre o grupo majoritário (pessoas consideradas normais) e o grupo minoritário (pessoas consideradas “doentes mentais”). Essa relação assimétrica de poder produz ideologias sociais que preconizam que as pessoas que pertencem a esse grupo minoritário são muito diferentes, estranhas, ameaçadoras, doentes, incuráveis, fracassadas, inadequadas, inconvenientes, incapazes, perigosas, imprevisíveis, preguiçosas, coitadinhas, influenciadas pelo mal (diabólicas), perturbadas, dentre outras.

Dito isso, é preciso destacar ainda que se assume também uma definição tridimensional da atitude preconceituosa, a qual envolve a cognição, o afeto e o comportamento. Nessa perspectiva, o preconceito seria o aspecto afetivo de uma atitude negativa frente ao exogrupo ou a membros deste; os estereótipos e as crenças

contemplariam o aspecto cognitivo acerca dos atributos associadas a tal grupo; por fim, a discriminação refere-se à conduta ou ao tratamento dirigido ao exogrupo com base na pertença grupal (Santos, Gouveia, Navas, Pimentel & Gusmão, 2006). Assim, essas ideologias que cercam a esquizofrenia se expressam nos estereótipos e nas crenças essencialistas acerca desse grupo social, justificando e legitimando o preconceito (antipatias, medo e pena) e a discriminação (comportamentos ou orientação para comportamentos objetivamente excludentes e segregativos).

Assim, num processo dialético, no interior de uma sociedade desigual, que discrimina e exclui os considerados “doentes mentais”, se desenvolvem ideologias, as quais continuam promovendo a desigualdade entre os grupos ao mesmo tempo em que são usadas como mitos legitimadores para justificar a discriminação desse grupo social. Observa-se que atualmente com a emergência dos valores democráticos e das normas sociais que condenam o preconceito, essas ideologias estão produzindo a expressão de um preconceito mais sutil, implícito e encoberto, que não agride as normas do antipreconceito e que continuam a manter a desigualdade do sistema, como será explicitado a seguir:

2.2 Preconceito flagrante e preconceito sutil frente à esquizofrenia: hipóteses e articulações teóricas

No século XX, notadamente nas décadas de 1940 e de 1950, houve um importante conjunto de mudanças sociais e políticas que concorreram para o estabelecimento de normas sociais que inibem a expressão do preconceito de forma direta e flagrante tornando o preconceito antinormativo. Como propulsores dessas mudanças pode-se citar: a crítica ao regime nazi-fascista, a Declaração dos Direitos Humanos (1948), a condenação da UNESCO às classificações raciais (1950), as lutas pelos direitos civis nos

EUA e vários movimentos sociais importantes na Europa que culminaram em legislações mais específicas (Lima & Vala, 2004b).

Com base nessas mudanças gerou-se uma representação social amplamente compartilhada de que todos devem ter direitos iguais perante a lei; nesse contexto, o igualitarismo, a democracia e a justiça social tornaram-se mais valorizados na sociedade alicerçando as normas que condenam o preconceito. Contudo, a despeito da valorização do igualitarismo e da justiça social na sociedade atual e da condenação ao preconceito, a literatura aponta que este não deixou de existir, mas assumiu formas de expressão que não são anti-normativas, isto é, que não vão contra as normas sociais que condenam o preconceito (Lima & Vala, 2004b; Pereira et al., 2003; Pereira, Torres, Pereira & Falcão, 2011).

Observa-se que as relações entre os grupos não se dão mais no sentido da derrogação do exogrupo como preconizou Tajfel (1982); a concepção de que os grupos dominantes avaliariam positivamente os membros de seu grupo e negativamente os membros dos outros grupos parece ter mudado com a indesejabilidade social do preconceito. De acordo com Camino et al. (2001) a norma antidiscriminatória inibiu um dos processos próprios da diferenciação grupal: a desvalorização/negação do outro grupo, mas não afetou o outro processo: a manifestação clara de favoritismo pelo próprio grupo em relação ao exogrupo. Tem-se verificado então o favoritismo pelo próprio grupo, mas não a desvalorização do grupo externo, o que caracteriza um processo mais refinado de discriminação; por isso se fala em “novas” expressões do preconceito, pois não se trata de uma adaptação meramente quantitativa, isto é, a redução na intensidade da expressão do preconceito, mas de uma transformação qualitativa das suas formas de expressão.

A sociedade vem se adaptando às pressões anti-discriminatórias e elaborando brechas que driblam as normas do anti-preconceito; atualmente, um conjunto de teorias

tem tentado dar conta de explicar essas novas formas de expressão do preconceito, predominantemente no âmbito do racismo e das relações com imigrantes como, por exemplo, o racismo moderno na Austrália e nos EUA (Pedersen & Walker, 1997), o racismo simbólico nos EUA (Kinder & Sears, 1981), o racismo aversivo também nos EUA (Gaertner & Dovidio, 1986), o racismo ambivalente nos EUA (Katz & Hass, 1988), o racismo sutil na Europa (Pettigrew & Meertens, 1995) e o racismo cordial no Brasil (Turra & Venturi, 1995), conforme aponta Lima e Vala (2004a). O que há em comum neste conjunto de teorias é a ideia de que a discriminação manifesta, a qual supõe crenças na inferioridade do grupo discriminado e a rejeição do contato íntimo com os membros deste grupo, está sendo substituída por formas mais sutis de discriminação (Camino et al., 2001).

No contexto das novas formas de expressão do preconceito se encontram os estudos de Pettigrew e Meertens (1995) acerca do preconceito racial na Europa; estes autores apresentam os componentes que formam o que eles caracterizaram como preconceito flagrante e preconceito sutil. Cada um dos componentes desses dois tipos de expressão do preconceito já tem sido extensamente pesquisado, contudo o trabalho desses autores foi o primeiro a reunir esses componentes na caracterização e concepção do preconceito sutil (Pettigrew & Meertens, 1995; Meertens & Pettigrew, 1997).

De acordo com Pettigrew e Meertens (1995), as atitudes preconceituosas, além de envolver o afeto e a cognição, como apontou Allport (1962), também tendem a formar grupos ideológicos de crenças que justificam a discriminação. O preconceito flagrante e o sutil representam duas expressões distintas desse fenômeno; assim sendo, esses dois tipos de preconceito se relacionam, mas são essencialmente diferentes. O preconceito flagrante é caracterizado como “quente”, aberto e direto; e, o preconceito sutil é descrito como “frio”, distante e indireto. Os componentes destas duas variedades de preconceito

descobertos na pesquisa em psicológica social refletem essas diferenças. Diante disso, o presente estudo hipotetiza que o preconceito frente à esquizofrenia, além de se manifestar de forma flagrante, também está se expressando de maneira sutil em detrimento das normas sociais que visam combatê-lo.

Dois componentes surgem repetidamente nas pesquisas acerca do preconceito flagrante conforme Pettigrew e Meertens (1995): 1) a percepção de ameaça e rejeição do exogrupo e 2) a rejeição a relações de intimidade. Para os autores, a percepção de ameaça se baseia na percepção de que os membros do exogrupo constituem uma ameaça econômica ou cultural ao endogrupo; isto é, os imigrantes são rejeitados em função da crença de que eles irão prejudicar a economia do país ou que transformarão os valores culturais nacionais (Lima & Vala, 2004b; Meertens & Pettigrew, 1997).

Em se tratando da esquizofrenia não há uma percepção de ameaça econômica ou cultural, e sim, a percepção de uma ameaça à integridade física do grupo social dominante (os considerados normais), posto que as ideologias que cercam as pessoas com esquizofrenia se pautam majoritariamente na ideia da periculosidade, imprevisibilidade e impulsividade. Desse modo, são sustentadas representações que afirmam que é perigoso viver com eles, que são pessoas que assustam, que dão medo, que podem agir agressivamente a qualquer momento, que são incapazes de sentir pena, que tem a sexualidade pervertida, dentre outras representações, as quais servem de justificações para a rejeição desses sujeitos (Angermeyer, Holzinger, Carta & Schomerus, 2011; Angermeyer & Matschinger, 2004; Maciel, Maciel, Barros, Sá & Camino, 2008).

A outra dimensão do preconceito flagrante em relação ao preconceito racial é a da rejeição a relações de intimidade definida como uma rejeição emocional ao contato íntimo com membros do exogrupo. Este componente apoia-se numa resistência emocional contra

qualquer contato sexual intergrupar ou casamentos mistos (Meertens & Pettigrew, 1997; Pettigrew & Meertens, 1995).

Percebe-se que as representações sociais sobre a sexualidade das pessoas com esquizofrenia são de cunho obscuro e mítico, como mostra pesquisa realizada com enfermeiros por Miranda e Furegato (2002), em que se verificou que a sexualidade do “doente mental” é negada circunscrevendo-a no rol dos desvios, transgressões e doença. Os autores apontam que ao negar a sexualidade destes indivíduos os enfermeiros adotam uma posição de afastamento em atitude ora repressiva, ora defensiva; nesse sentido, observa-se que a sexualidade em relação à esquizofrenia é vista sobre uma base mítica, estereotipada e estigmatizada que é elaborada e compartilhada socialmente.

É preciso considerar ainda o fator hereditariedade, que faz com que muitas pessoas tenham receio de se aproximarem conjugalmente de um indivíduo com esquizofrenia por medo de que se vier a ter filhos com essa pessoa eles herdarão a doença considerada de caráter fortemente genético e hereditário. Assim, verifica-se que há rejeição ao contato íntimo com membros desse grupo social, mas não somente no âmbito sexual/conjugal, como também nas relações interpessoais mais extensas (Read, Haslam, Sayce & Davies, 2006; Phelan, 2005).

No que diz respeito ao preconceito sutil, Pettigrew e Meertens (1995) apontam a existência de três dimensões, as quais são expressas de formas consideradas normativas e aceitáveis nas sociedades ocidentais: 1) defesa dos valores tradicionais, 2) exagero das diferenças culturais e 3) negação de emoções positivas.

A defesa dos valores tradicionais se refere à percepção de que os membros do exogrupo estão agindo de maneira incorreta ou até mesmo condenável na busca da realização social; assim, assinala-se a crença de que os membros do exogrupo não se esforçam o suficiente ou não possuem os valores adequados (obediência, ética do

trabalho, disciplina e sucesso). Nessa perspectiva, se encontram as pessoas mais conservadoras, as quais são propensas a atribuir “bodes expiatórios” e culpar os exogrupos que parecem ameaçar esses valores; nesse contexto, o ensinamento de valores tradicionais às crianças figura como indicador eficaz, mas aparentemente não preconceituoso do preconceito sutil. O comportamento aceitável e adequado é aquele interpretado em termos de valores tradicionais do endogrupo; o exogrupo, portanto, deve se empenhar para cultivar esses valores (Lima & Vala, 2004b; Pettigrew & Meertens, 1995).

Com base na dimensão da defesa dos valores tradicionais, no caso da esquizofrenia, percebe-se que há uma *Percepção de inadequação ao padrão de normalidade* vigente, que se baseia na ideia de que a pessoa com esquizofrenia não tem condições ou não se esforça o suficiente para viver de acordo com os padrões sociais considerados normais e adequados. De toda forma, seja porque não tem as habilidades sociais necessárias ou simplesmente porque não se empenha, a pessoa com esquizofrenia não se adequa aos padrões de conduta exigidos pela sociedade dominante. Neste último caso, quando se considera que a pessoa com esquizofrenia não se adequa ao padrão de normalidade porque não se esforça o suficiente, observa-se uma culpabilização do próprio sujeito pela sua condição social desfavorável sendo isso usado como justificativa para explicar tal condição.

As pessoas com transtornos mentais graves são percebidas como diferentes, pois muitas vezes não se adaptam aos moldes considerados aceitáveis e regulares da sociedade não cultivando os mesmos valores normativos tradicionais que os outros; desse modo, parecem não viver conforme o que é esperado e o que é exigido pelo grupo das pessoas consideradas normais. São diferentes e, por isso, inconvenientes; sua diferença e seus exageros devem ser controlados pela medicina (Maciel, 1997; Maciel 2007).

Observa-se que esta é uma visão acentuadamente etnocêntrica, uma vez que nesse contexto o estilo de vida do exogrupo é pensado e sentido através dos modelos tidos como unicamente corretos e adequados do endogrupo. De acordo com a Teoria do Espírito Fechado (Rokeach, 1960) essa diferença de valores e crenças estaria subjacente ao preconceito.

A segunda dimensão do preconceito sutil preconizada por Pettigrew e Meertens (1995) refere-se ao exagero das diferenças culturais, que diz respeito à percepção de que o exogrupo é culturalmente muito diferente do endogrupo. Ao invés de invocar a inferioridade genética, como na manifestação flagrante do preconceito, o preconceito sutil explica as desvantagens sociais enfocando as diferenças culturais. Embora essas diferenças entre os grupos sociais em relação a sua cultura sejam frequentemente genuínas, há o exagero dessas diferenças pelo preconceito sutil através de estereótipos brutos.

Em se tratando da esquizofrenia, enfatiza-se o *exagero das diferenças entre os grupos* - o grupo das pessoas consideradas normais e o grupo das pessoas tidas como “doentes mentais”. Essas diferenças são frequentemente assumidas por parte do grupo dominante mesmo sem haver contato prévio entre os grupos ou conhecimento e informação adequada. As pesquisas realizadas por Tajfel e seus colaboradores sobre as bases cognitivas do preconceito mostraram que o simples conhecimento da afiliação a um grupo bastava para que a pessoa favorecesse os membros do seu grupo e discriminasse os membros de outros grupos; nesse processo, maximizam-se as diferenças entre os grupos ou criam-se diferenças que de fato não existem (Tajfel, 1982).

Nesse sentido, a representação de que as pessoas com esquizofrenia são exageradamente diferentes é assimilada de tal forma que qualquer atitude que este indivíduo tome é interpretada como uma validação de um comportamento estranho e

inadequado. Por exemplo, se o indivíduo estiver irritado ou agressivo, já se interpreta como uma validação da sua suposta e esperada natureza agressiva; como se as pessoas consideradas normais não tivessem episódios de agressividade e irritabilidade. Assim, embora existam diferenças reais entre os grupos, o preconceito sutil exagera essas diferenças, aumentando o sentimento de estranheza e rejeição; desse modo, considera-se que a diferença é uma expressão do preconceito sendo uma característica atribuída, um significado atribuído à realidade (Costa-Lopes, Vala, Pereira & Aguiar, 2008).

Finalmente, a terceira dimensão do preconceito sutil destacada por Pettigrew e Meertens (1995) é a negação de emoções positivas, que se caracteriza pela rejeição à expressão de simpatia e admiração com relação aos membros do exogrupo. Esse recurso não admite, entretanto, sentimentos negativos para o exogrupo apenas a negação mais secreta de emoções positivas.

No que se refere à esquizofrenia, percebe-se que há a expressão de uma emoção aparentemente positiva, que é o sentimento de pena, o qual baseia uma atitude de *benevolência* frente à essa questão. Compreender a atitude benevolente e até mesmo medir esse construto se constitui como um desafio, pois em alguns momentos ela pode se confundir com uma atitude sinceramente positiva e não preconceituosa frente à esquizofrenia. Entretanto, o presente estudo ao caracterizar a benevolência trata de uma atitude exageradamente paternalista e assistencialista, que se baseia num sentimento de pena e que restringe a autonomia da pessoa com transtorno mental grave, pois a concebe como um ser limitado e infantilizado, dependente e indefeso, que fica aquém de novas possibilidades.

De acordo com Ribeiro et al. (2009), a atitude benevolente tem como pano de fundo a ideia de que o único lugar possível de existência para o indivíduo com transtorno mental grave é o de paciente, tutelado, distraído, incapaz de ressignificar a sua vida e,

consequentemente, o seu cotidiano, sem participação ativa sobre a sua própria existência; a atitude benevolente coloca o sujeito num lugar de passividade e submissão perante a sociedade e perante a sua própria vida.

Na esfera dos trabalhadores em saúde mental, Pinho, Hernández e Kantorski (2010) conceituam a benevolência como um padrão ideológico do trabalhador que valoriza a experiência limitante da loucura dando pouca ênfase às questões mais complexas que envolvem a autonomia, a liberdade e a contratualidade do louco no cotidiano das práticas e de suas relações interpessoais. Desse modo, as pessoas com transtornos mentais graves são definidas por uma roupagem clínica que os absorvem como “diagnóstico” e os transforma em limitação; assim, os trabalhadores incorporam em suas práticas a benevolência, o compadecimento e a comoção como medidas tutelares, se distanciando do sujeito singularizado que busca no serviço um sentido e uma possibilidade para problematizar a sua vida.

A benevolência também pode incorporar a representação de que a pessoa com transtorno mental grave deve ser tratada ou considerada como se fosse uma criança. Em pesquisa realizada por Maciel et al. (2008), observou-se que os familiares ancoram suas representações acerca do considerado “doente mental” na imagem de uma criança, destacando-se discursos, como: “o doente mental, ele é igual criança, não sabe nada...” (p. 117). Os autores discutem que tal representação leva a uma atitude de cuidar/proteger essa criança que, supostamente, não sabe se cuidar, precisando ser cuidada por outras pessoas.

Tais representações reforçam que o doente mental precisa ser afastado da sociedade e mantido sob o cuidado de quem sabe cuidar e tem responsabilidade, “os especialistas” e a família, retirando do doente a sua capacidade de se cuidar e de exercer sua cidadania. Essas representações criam uma lógica que seria

cuidar/proteger/tratar/hospitalizar, o que termina por sustentar o sistema asilar e de tutela do doente mental. (Maciel et al., 2008, p. 118).

Dessa forma, percebe-se que a ideia de que as pessoas com transtornos mentais graves são infantis e precisam ser vigiadas por um guarda compassivo também leva à comportamentos discriminatórios. Corrigan, Edwards, Qreen, Thwart e Perm (2001) afirmam que de certa forma o caminho que inclui a benevolência pode ser contra-intuitivo, pois a lógica seria pensar que as pessoas que representam os sujeitos com transtorno mental como sendo crianças inocentes estariam dispostas a comportamentos de ajuda, de aceitação, ao invés de distância social; contudo, essa concepção benevolente pode gerar também percepções de irresponsabilidade que, por sua vez, pode levar a reações de raiva e exclusão.

Crisp e Turner (2013) salientam que a benevolência, embora seja caracterizada como uma forma menos ostensiva do preconceito, isto é, uma forma mais sutil, restringe o objeto ao qual direciona a atitude a determinados papéis sociais, reforçando estereótipos e justificando a dominação social. A postura benevolente não revela a presença genuína de afetividade ou estima, mas a aderência a um paternalismo caritativo e ao moralismo característico desta postura. Em última análise, a atitude benevolente visa docilizar os chamados “doentes mentais”, adaptando-os para a vida social e adequando-os aos padrões socialmente aceitos e estabelecidos como normais. Nesse sentido, as consequências do preconceito sutil são tão danosas quanto os efeitos da sua expressão flagrante, pois, em ambos os casos, seja pelo sentimento de pena ou medo, há a rejeição e exclusão social desses indivíduos.

Cabe mencionar que o preconceito sutil não é uma técnica de auto-apresentação consciente utilizada para esconder o preconceito dos outros; o comportamento de cuidado dos preconceituosos sutis parece servir principalmente para proteger a si mesmo da

percepção de que o indivíduo abriga atitudes preconceituosas (Meertens & Pettigrew, 1997).

Com relação às críticas realizadas aos estudos de Pettigrew e Meertens, observa-se que elas dizem respeito muito mais a operacionalização da tipologia, notadamente no que se refere às escalas elaboradas por esses autores, do que a sua base teórica (ver Coenders, Scheepers, Sniderman & Verberk, 2001). Entretanto, em diversos países, uma série de estudos com a utilização dessas escalas tem confirmado a existência desses distintos tipos de preconceito e suas diferentes dimensões, como mostram Pettigrew e Meertens (2001).

Diante do exposto, o objetivo do presente trabalho é propor um modelo de preconceito flagrante e preconceito sutil para o contexto da esquizofrenia, indicando os estereótipos e as crenças causais como variáveis explicativas. Nesse sentido, hipotetiza-se que este preconceito se dá de duas formas: flagrante e sutil. Na primeira, o preconceito se expressa a partir da percepção de ameaça e rejeição a relações de intimidade, já na segunda hipotetiza-se que este preconceito se mostra a partir da percepção de inadequação ao padrão de normalidade, do exagero das diferenças grupais e da benevolência.

Portanto, a tese defendida no presente trabalho é a de que em relação às pessoas com esquizofrenia existe não apenas a expressão flagrante do preconceito, como historicamente pode ser atestado; mas, com a ascensão dos valores da democracia e da justiça social, passou a haver também a expressão sutil desse preconceito, que pode ser manifestado por meio da percepção de inadequação ao padrão de normalidade, do exagero das diferenças grupais e da benevolência. O preconceito flagrante e o sutil podem ser explicados por determinados estereótipos e crenças causais, os quais são usados para legitimar e justificar essas manifestações preconceituosas. A investigação do preconceito sutil nessa amostra, a enumeração desses três elementos como expressão desse

preconceito sutil e a identificação dos estereótipos e das crenças causais que explicam esse tipo de preconceito são o que caracteriza a contribuição inovadora deste trabalho de tese.

Tendo em vista que já foi explanado sobre as principais teorias do preconceito, bem como as hipóteses do presente estudo e as articulações teóricas acerca do preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia, será abordado a seguir o preconceito na perspectiva da cognição social, uma vez que o presente trabalho procura também identificar os estereótipos e as crenças causais essencialistas que explicam essas duas formas de preconceito. Por isso, será discorrido sobre o estudo do preconceito na perspectiva da cognição social, em que serão abordados esses conceitos.

CAPÍTULO 3

O estudo do preconceito na perspectiva da cognição social

Como destacado anteriormente, o presente estudo considera o preconceito como sendo uma forma de relação intergrupar organizada em torno das relações de poder entre os grupos produzindo discursos ideológicos, os quais justificam a expressão de atitudes negativas e comportamentos discriminatórios em relação aos membros de grupos minoritários. Esses discursos ideológicos apresentam características psicossociais que organizam os processos afetivos e cognitivos, como os processos de categorização social e a elaboração de estereótipos e crenças essencialistas (Pereira et al., 2003).

Com base nisso este capítulo se destina a explanar sobre o processo de categorização social, bem como sobre a construção de estereótipos e crenças essencialistas, as quais se relacionam com afetos negativos sobre determinado grupo tendo como consequência um processo de discriminação social. O capítulo se aprofunda trazendo pesquisas empíricas que estudam essas relações no âmbito do transtorno mental grave.

3.1 Categorização social, estereótipos, preconceito e discriminação: definições e articulações teóricas

Os seres humanos possuem uma propensão natural em direção ao pré-julgamento; todas as pessoas são sujeitas aos pré-conceitos em virtude do aparato cognitivo humano normal que as faz categorizar os objetos sociais. A categorização social consiste no processo através do qual os grupos sociais são etiquetados e organizados mentalmente, sua função é facilitar a atuação no mundo orientando as interações com o meio ambiente; desse modo, capacita as pessoas a saberem como interagir com um determinado grupo com base em experiências anteriores facilitando a identificação dos objetos e das pessoas (Allport, 1962; Fiske, 2005).

Segundo Pereira (2002) através das categorias as pessoas são capazes de identificar de uma forma bastante rápida os objetos a elas relacionados impondo aos seus conteúdos uma série de processos ideacionais e emocionais, de onde se pode depreender que as categorias não seriam inteiramente criadas a partir de critérios racionais. Embora possa ser encontrada alguma clareza na categorização dos objetos físicos, o mesmo não ocorre em relação aos estímulos sociais, pois, neste último caso, a categorização dependeria da presença daquilo que tem sido denominado de protótipos. Toda vez que se inclui um indivíduo em uma dada categoria, presume-se que seja efetuada uma comparação de fatores estabelecendo-se um contraste entre o exemplar dado na situação e o exemplo mais típico da categoria (o protótipo), decidindo-se sobre a inclusão ou não do objeto na categoria a partir do grau de semelhança entre os dois. Os exemplares altos em prototipicidade para uma dada categoria seriam mais prontamente classificados e aprendidos tornando-se mais facilmente disponíveis para as futuras operações mentais.

Pode-se dizer então que ao situar os objetos em determinadas categorias acaba se fazendo presente uma forte tendência no sentido de que o processamento da informação se fundamente nas similaridades entre os componentes do próprio grupo do percebedor e nas diferenças que se manifestam em relação aos objetos situados nas categorias externas (Pereira, 2002). Nesse processo, as pessoas acabam superestimando as diferenças percebidas nas comparações entre membros de categorias diferentes e superestimando as semelhanças percebidas nos membros de uma mesma categoria, o que ficou denominado de *princípio da acentuação* ou *favoritismo endogrupal* (Tajfel, 1982).

Segundo esse princípio as pessoas possuem a necessidade de categorizar em grupos homogêneos “nós” e “eles”; desse modo, sentem-se mais confortáveis com o seu próprio grupo, enquanto fazem generalizações do tipo: “eles” são todos iguais e diferentes de “nós”. O princípio da acentuação, portanto, preconiza que há o exagero das diferenças

entre os grupos e a minimização das diferenças dentro dos grupos; de forma que se passa a admitir que os membros do exogrupo são bastante diferentes dos membros do endogrupo (Fiske, 2005).

Principalmente por causa do princípio da acentuação, o processo de categorização social teria como consequência direta a percepção dos grupos sociais e de seus membros em termos de estereótipos. Pereira (2002) afirma que existem várias definições acerca deles, contudo essas definições giram em torno de duas perspectivas: a primeira situa os estereótipos num âmbito mais intraindividual, onde são considerados como estruturas que podem ser representadas dentro das mentes individuais; a segunda perspectiva denota os estereótipos como elementos inerentes à própria sociedade, sendo amplamente compartilhados pelas pessoas que convivem no interior de uma mesma cultura.

Na primeira perspectiva os estereótipos são considerados como mapas mentais, fotografias nas mentes ou imagens simplificadas sobre os grupos sociais sendo a base cognitiva do preconceito. Contudo, de maneira geral, essa perspectiva tem sido deixada de lado por não explicar suficientemente a complexidade que envolve essa questão; além disso, esta definição denota a ideia de que o preconceito é um resultado normal e inevitável do processo de categorização, algo que seria automático para as pessoas (Lima & Vala, 2004a). No entanto, os estereótipos devem ser considerados como crenças amplamente compartilhadas acerca dos atributos de um grupo e dos seus membros sendo, portanto, o conteúdo, traço ou característica associada às categorias sociais. Essas características são suficientemente significativas para a geração de atitudes negativas ou preconceitos, bem como de padrões discriminatórios de comportamento (Pereira, 2002; Kruger, 2004).

Assim, concebe-se que os estereótipos não cumprem apenas uma função de economia psíquica, mas também de justificar e racionalizar as relações intergrupais

(Allport, 1962). A automaticidade estereotípica se constrói a partir de um conjunto de redes associativas acerca dos grupos minoritários; estas redes cumprem uma função de legitimação das relações intergrupais, refletindo as normas dos grupos de pertença dos indivíduos e as ideologias dos grupos sociais (Techio, 2011).

Considerando a automaticidade como resultado de encadeamentos de redes associativas de ideias que representam os grupos minoritários como anexados a imagens sociais negativas, e que estas mesmas imagens cumprem função de justificar e naturalizar a situação destes grupos, cabe indagar não apenas pelos mecanismos que evitam a automaticidade, mas principalmente pelos mecanismos (ideológicos, normativos e políticos) que produzem em larga escala estas redes associativas. (Lima & Vala, 2004a, p. 62).

Nessa mesma direção, Pereira (2002) afirma que os estereótipos deveriam ser compreendidos como ferramentas para a apresentação de justificativas racionalizadoras para as ações perpetradas contra membros dos vários grupos sociais. Para o autor, em um nível mais individual, os estereótipos servem como justificativas para o próprio eu, permitindo que o indivíduo lide melhor e de uma forma mais confortável com as suas próprias atitudes excludentes e preconceituosas. Em um nível mais contextual, os estereótipos também cumpririam uma função de justificar as ações grupais; enquanto que, em um nível mais geral, os estereótipos cumpririam a função de justificar o sistema, oferecendo os recursos cognitivos que permitam a manutenção da estrutura atual da sociedade em que os percebedores se situam.

Segundo Tajfel (1982), os estereótipos são muito resistentes a mudanças; primeiro porque, diferente do mundo físico, no mundo social as informações são ambíguas, além disso o fato dos estereótipos serem compartilhados faz com que o consenso social sobre eles pareça um critério de validade; nesse sentido, a mera confirmação de que outras

peessoas mantêm as mesmas crenças que nós sobre determinados grupos serviria como confirmação da sua adequação. O segundo motivo pelo qual os estereótipos são resistentes à mudança é derivado das consequências que tem para a pessoa cometer erros no processo de categorização social. Quando as categorias são neutras os erros não são importantes podendo levar a uma modificação dos estereótipos, contudo quando as categorias possuem conotações de valor uma identificação equivocada do grupo ao qual uma pessoa pertence tem consequências subjetivas importantes. Se uma pessoa que possui preconceito em relação a determinado grupo comete muitos erros ao identificar os membros desse grupo, isto poderia questionar seu sistema de valores (Álvaro & Garrido, 2006).

Entretanto, Assmar e Ferreira (2004) comentam que os estereótipos são dinâmicos e refletem uma sociedade em mudança, isto é, as características estereotípicas associadas aos grupos sociais mudam se seus membros são vistos como assumindo novos papéis sociais. Os autores apontam ainda que ocupa lugar de destaque na literatura a discussão quanto à natureza mais permanente ou mais dinâmica dos estereótipos, havendo modelos teóricos que justificam ambas as posições, aparentemente contraditórias.

Conforme Kruger (2004), quando estiverem associados a sentimentos, estereótipos sociais passam a constituir estruturas psicológicas de maior complexidade caracterizadas como atitudes e preconceitos sociais, cuja complexidade se deve precisamente à presença de sentimentos em relação a um grupo humano. No caso das pessoas com esquizofrenia esses sentimentos são principalmente de medo, rejeição e pena.

Assim, a articulação entre estereótipos sociais, favoráveis ou desfavoráveis, e sentimentos, de aceitação ou rejeição, dos grupos humanos visados, produz, na ocorrência combinada de crenças e sentimentos positivos, atitudes sociais; porém,

se estes mesmos, ao contrário, forem negativos, ter-se-á como efeito um preconceito social. (Kruger, 2004, p. 37).

Nesse sentido, ter a consciência de um estereótipo não significa necessariamente endossá-lo nem desenvolver uma reação afetiva a ele. Pessoas que concordam com estereótipos e desenvolvem uma reação emocional a eles estão mostrando o preconceito, por exemplo: “é verdade que todas as pessoas com esquizofrenia são perigosas, por isso tenho medo delas”; desse modo, percebe-se que o preconceito se caracteriza por uma atitude carregada de emoções negativas acerca de um grupo social.

Preconceitos são, portanto, atitudes e como tais se constituem em julgamentos antecipados que têm componentes cognitivos (as crenças e os estereótipos), afetivos (sensações, emoções, antipatias e aversões) e disposicionais ou conativos (motivação para agir ou tendências para a discriminação), conforme apontam Lima (2011) e Techio (2011).

A discriminação, por sua vez, ocorre quando as pessoas agem com base neste preconceito, por exemplo: "eu não vou alugar meus apartamentos para pessoas com esquizofrenia, porque tenho medo delas, pois são perigosas" (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan & Kubiak, 2003; Corrigan et al., 2001). Observa-se então, que a discriminação consiste numa forma de relacionamento, avaliação e atendimento comparativamente desigual e desfavorável dirigido a um grupo humano ou a indivíduos que fazem parte dele precisamente porque são alvos de preconceitos sociais (Kruger, 2004).

Do ponto de vista de Pereira (2007) a discriminação é definida como um comportamento ou conjunto de ações contra um grupo-alvo ou membros desse grupo devendo ser compreendida numa perspectiva intergrupar e relativa; assim, um comportamento será discriminatório na medida em que for mais negativo em relação ao

exogrupo relativamente ao endogrupo. O tratamento diferencial entre os grupos, ou seja, a ação que beneficia um grupo em comparação com outro grupo, é condição suficiente para a ocorrência da discriminação; porém, essas ações devem ser compreendidas no seu sentido amplo, de modo que se considera como ações discriminatórias não apenas o comportamento que é objetivamente observado, por exemplo, a contratação de maior proporção de candidatos brancos do que de negros para um emprego, mas também as orientações comportamentais contra os grupos sociais, tais como: o apoio a políticas discriminatórias e a oposição às políticas de inclusão social.

A seguir serão apresentadas pesquisas empíricas que mostram os principais estereótipos acerca das pessoas com transtornos mentais graves, bem como estudos que exploram as atitudes preconceituosas e os comportamentos discriminatórios relacionados a esse grupo social.

3.1.1 Pesquisas empíricas

Várias pesquisas têm se dedicado a estudar as atitudes e sentimentos negativos direcionados às pessoas com transtornos mentais, como também os estereótipos que os sustentam. No contexto internacional, destacam-se investigações que revelam a percepção das pessoas com esquizofrenia principalmente na perspectiva dos estereótipos de periculosidade, imprevisibilidade, incompetência e responsabilidade pela própria condição.

Em pesquisa realizada por Angermeyer e Matschinger (2004) com uma amostra representativa da população geral (n=5.025) acima de 18 anos na Alemanha, objetivou-se avaliar a prevalência dos diferentes componentes do estereótipo de esquizofrenia (periculosidade, atribuição de responsabilidade, criatividade, imprevisibilidade/incompetência e mau prognóstico) examinando seu impacto sobre a

discriminação. Os resultados mostraram que os maiores preditores da discriminação foram a imprevisibilidade/incompetência atribuída ao portador de esquizofrenia, a periculosidade e a atribuição de responsabilidade, isto é, a ideia de que a pessoa tem esquizofrenia por culpa dela. O preconceito em relação às pessoas com esquizofrenia na Alemanha parece perdurar como indica estudo mais recente realizado por Angermeyer, Matschinger, Carta e Schomerus (2014); fazendo uma comparação entre os anos de 1990, 2001 e 2011 os autores mostraram que a discriminação aumentou nessas últimas décadas.

Em Portugal estudo efetuado por Loureiro, Dias e Aragão (2008) com 834 indivíduos da população geral mostrou que os estereótipos de periculosidade, incurabilidade e responsabilidade individual pela própria doença estavam fortemente associados à restrição dos direitos pessoais e sociais das pessoas com transtornos mentais, com a sua exclusão e com o autoritarismo.

No que se refere ao estereótipo de periculosidade, é interessante destacar Gattaz (1998) que elenca uma série de pesquisas feitas no contexto internacional que, em seu conjunto, deixam claro que não há uma associação ou apenas uma associação discreta entre doença mental e o risco de cometer crimes violentos; além disso, aponta estudos que sugerem que o transtorno mental, ao contrário, retarda a expressão do ato violento. Verificou-se que o maior risco para expressão de violência ocorre na combinação de abuso de álcool/drogas com transtorno de personalidade anti-social, nesse sentido assinalou-se que o uso abusivo de álcool e outras drogas, também em contexto brasileiro um problema de saúde pública, contribui mais para a violência que os transtornos mentais; nesse sentido, de acordo com essa pesquisa, o estereótipo de periculosidade parece não possuir substrato real que o sustente.

Em pesquisa conduzida por Guarniero et al. (2012) acerca do preconceito frente à esquizofrenia investigado por meio de um levantamento de notícias publicadas em

veículos brasileiros de grande circulação verificou-se que a maioria dos textos não dá voz ao portador de esquizofrenia nem ao seu sofrimento. Além disso, banalizam esta doença ao empregá-la fora de contexto para caracterizar decisões políticas e econômicas contraditórias ou de caráter duvidoso, reforçando o preconceito que pesa sobre o portador de esquizofrenia ao personalizá-lo apenas nos raros casos de violência em que se supõe esse diagnóstico psiquiátrico. Nesse último caso, 62 registros (27%) foram relacionados a crimes e violência, em que o “diagnóstico” de esquizofrenia é feito por leigos e “corroborado” por uma arqueologia da vida do suspeito que arrola toda sorte de comportamentos fora de padrão.

Contudo, diferentemente da população em geral, observa-se que os estereótipos de periculosidade e de imprevisibilidade são menos endossados pelas pessoas com familiaridade com o transtorno mental. Tal questão foi constatada em estudo realizado por Sousa et al. (2012) com 40 familiares de portadores de esquizofrenia em Portugal, em que se percebeu que os sentimentos mais presentes foram os de querer ajudar e pena. Responsabilidade pela própria condição, periculosidade, sentimento de medo e evitação pontuaram baixo nessa amostra; com efeito, pesquisas indicam que quanto maior a familiaridade ou o contato e a experiência com pessoas com transtornos mentais, menor o preconceito (Angermeyer & Matschinger, 2004; Arvaniti et al., 2009; Corrigan et al., 2001; Corrigan et al., 2003); contudo, os estudos não apresentam consenso acerca dessa questão, pois a literatura também aponta pesquisas que mostram o alto índice de preconceito entre os familiares de portadores de transtornos mentais.

Em pesquisa efetuada por Ochoa et al. (2011), observou-se que os estereótipos afetam a autopercepção das pessoas com esquizofrenia. Por meio de grupos focais com pessoas diagnosticadas com esta condição na Espanha, constatou-se que as categorias mais destacadas se referiram à periculosidade, culpa, perda de papéis sociais em função

do estereótipo de incompetência e o medo da rejeição. Vinculado ao sentimento de culpa pela causalidade da doença, os autores verificaram que as pessoas com esquizofrenia acham importante diferenciar a figura do dependente de drogas da pessoa que tem um transtorno mental, pois elas acreditam que a sociedade faz uma associação direta entre essas duas condições ou até mesmo que a esquizofrenia é causada pelo uso abusivo de drogas, o que gera mais preconceito. Além disso, os participantes acrescentam a ideia de que as pessoas com esquizofrenia são vistas como preguiçosas, que não querem ou não podem trabalhar, o que também afeta a sua auto-estima e o seu sentimento de capacidade; tal questão atrapalha o tratamento desses indivíduos que acabam duvidando mais ainda de si mesmos.

Na revisão bibliográfica realizada por Ross e Goldner (2009) constatou-se que uma das principais razões que fazem com que os pacientes psiquiátricos não busquem o tratamento ou não deem prosseguimento a ele é o preconceito que eles encontram especialmente pela equipe de saúde. No que tange a equipe de enfermagem, verificou-se que, apesar dos enfermeiros defenderem crenças acerca da assistência integral e holística ao paciente com transtorno mental, sentimentos negativos são encontrados, tais como: medo, em função dos estereótipos de periculosidade e imprevisibilidade e culpa/hostilidade para com o paciente.

No contexto paraibano, destaca-se pesquisa realizada por Maciel et al. (2008), com 25 profissionais de saúde e 24 familiares de pacientes institucionalizados na cidade de João Pessoa. Observou-se o predomínio de visões pejorativas e estereotipadas acerca da pessoa com transtorno mental, em que impera uma visão deste indivíduo como um ser sem razão ou sem juízo, por isso perigoso e indigno de viver em sociedade; bem como a visão de que ele é uma criança que precisa ser cuidada e protegida.

Estes resultados foram corroborados anos mais tarde no estudo de Maciel et al. (2011) realizado com o objetivo de analisar como os familiares de pessoas com transtorno mental representam o louco, a doença mental e os hospitais psiquiátricos. O estudo foi realizado com 60 familiares na cidade de João Pessoa – PB, constatando-se que os termos “doente mental” e “louco” ainda são associados a representações negativas, sendo considerados como diferentes das demais doenças, predominando uma visão de medo e de rechaço. O transtorno mental encontrou-se associado a uma dimensão negativa e estranha que ameaça e desestabiliza; os autores apontam que em função disso a exclusão do louco, concretizada pela sua internação em um hospital psiquiátrico, é o resultado de uma “percepção social” difusa, diluída pelas diversas instituições que associam a loucura ao lado negativo da razão.

Em relação ao estudo das atitudes frente ao transtorno mental, destacam-se ainda pesquisas que mostram principalmente o autoritarismo e a benevolência como as principais atitudes voltadas para esse grupo, como, por exemplo, Dantas (2014). Tal fato pode ter como pano de fundo as duas formas de expressão do preconceito investigadas no presente estudo: o preconceito flagrante, caracterizado de maneira geral por uma atitude mais autoritária e o preconceito sutil, caracterizado por uma atitude mais benevolente.

Com efeito, Corrigan et al. (2001) identificaram dois clusters distintos que refletem as atitudes preconceituosas sobre o transtorno mental: o autoritarismo e a benevolência. Esses autores realizaram uma pesquisa com 151 estudantes em Illinois (EUA) em que revelaram que tanto a atitude autoritária, quanto a benevolente estão associadas à discriminação; assim, tanto a benevolência quanto o autoritarismo levam a decisões que visam a exclusão da pessoa com transtorno mental. Constatou-se ainda que o coeficiente de associação entre a benevolência e a discriminação foi maior que o

coeficiente que representa a associação entre o autoritarismo e a discriminação; portanto, observou-se que a atitude benevolente está mais associada à discriminação do que o autoritarismo. Em outra amostra de estudantes universitários (n=150) na Romênia, Todor (2013) observou que predomina uma atitude autoritária e benevolente para com o transtorno mental nesses participantes.

Na Grécia Arvaniti et al. (2009) realizaram uma pesquisa com 361 profissionais e 231 alunos de medicina num hospital universitário, constatando-se que o autoritarismo, definido como um traço de personalidade na perspectiva de Adorno et al. (1950), está positivamente relacionado com a discriminação social e com a restrição social (opinião de que as pessoas que possuem transtorno mental não devem ter direitos civis como votar ou casar). Por conseguinte, observou-se que o autoritarismo está negativamente associado com a integração social das pessoas com transtornos mentais graves. A educação parece desempenhar um papel importante na formulação de atitudes mais positivas em relação a pessoas com transtornos mentais graves nesta amostra, uma vez que um maior nível de educação está relacionado com menores níveis de discriminação e restrição social.

Contudo, não é consensual entre as pesquisas o fato de um maior nível de educação indicar um menor nível de preconceito. Pesquisa realizada na Suíça por Lauber et al. (2004) utilizando amostras representativas observaram que os psiquiatras e a população em geral não se diferenciam no que se refere à discriminação para com pessoas com transtorno mental. Esse resultado parece contradizer pesquisas que afirmam que quanto maior a proximidade e a experiência com o transtorno mental, menor a discriminação; porém, este dado pode indicar que a classe médica psiquiátrica ainda possui uma formação marcadamente biomédica, o que de certa forma contribui para o distanciamento na relação entre médico e paciente.

De fato, pesquisa efetuada por Loch et al. (2011) buscando avaliar as atitudes de psiquiatras brasileiros (n=1.414) em relação aos indivíduos com esquizofrenia constatou que os psiquiatras tenderam a estereotipar negativamente estas pessoas, provavelmente pela influência do modelo biomédico de saúde que ainda é predominante nessa profissão. Estereótipos negativos correlacionaram-se com uma melhor opinião sobre medicações psicotrópicas e com maior tolerância a efeitos colaterais. Os autores concluíram que os psiquiatras estigmatizam indivíduos com esquizofrenia e possivelmente têm certa dificuldade em admitir esse fato.

Num estudo comparativo entre a Suíça e o Brasil com profissionais de saúde mental, Hengartner, et al. (2012) observaram que os profissionais suíços apresentaram níveis significativamente mais elevados de discriminação do que os brasileiros, bem como a aceitação de efeitos colaterais de longa duração dos medicamentos psicotrópicos nos pacientes. Os autores explicaram que a formação sociocultural dos profissionais deve explicar esses resultados, uma vez que o Brasil é um país muito heterogêneo em termos de estrutura étnica e socioeconômica com características mais coletivistas o que facilitaria uma atitude mais positiva em relação ao transtorno mental quando comparado com os suíços.

Ainda no que tange à equipe de saúde, Pedrão, et al. (2005) buscou comparar as atitudes de formandos em enfermagem frente aos transtornos mentais em três diferentes países: Brasil, Chile e Peru, observando-se que os formandos brasileiros se mostraram significativamente menos autoritários, restritivos e discriminadores que os chilenos e peruanos. Os autores apontam que essas características conferem ao futuro enfermeiro brasileiro maior chance de aceitação da pessoa portadora de transtorno mental e também maior possibilidade de desenvolver com eles um relacionamento terapêutico em comparação com os formandos desses outros países.

Entretanto, pesquisa anterior realizada por Pedrão, Avanci e Malaguti (2002) observou que o perfil de atitudes de 68 estudantes brasileiros da cidade de São Paulo ingressantes no curso de enfermagem em relação à pessoa com transtorno mental grave mostrou um conteúdo de caráter autoritário, restritivo e discriminador, levando ao entendimento de que o portador de transtorno mental é visto como alguém que apresenta periculosidade, que é irrecuperável e que ainda precisa ser mantido sob portas trancadas e vigilância, ou seja, afastado de seu meio familiar e social. A tendência à benevolência também é outro aspecto que compôs o perfil de atitudes desses alunos revelando não a presença de afetividade ou estima pela pessoa em questão, mas a aderência ao paternalismo caritativo.

Num estudo brasileiro realizado por Pedrão, Avanci, Malaguti e Aguilera (2003) em que se fez uma comparação entre ingressantes e formandos do curso de enfermagem em relação às suas atitudes frente à doença mental, constatou-se que os formandos apresentaram-se menos autoritários, benevolentes, restritivos e discriminadores, acreditando mais na semelhança do doente mental com uma pessoa “normal”. Dessa forma, os autores concluíram que a referida instrução acadêmica influencia favoravelmente na mudança do perfil de atitudes dos alunos; este mesmo padrão de resultados também foi visto no estudo de Gil (2010) em Portugal, no entanto apontam-se também estudos que abordam a visão preconceituosa dos enfermeiros em relação às pessoas com transtorno mental como, por exemplo, Ross e Goldner (2009), indicando, portanto, que não há um consenso das pesquisas sobre essa questão.

De maneira geral, observa-se que os estudos acerca dos estereótipos e preconceitos apresentam resultados contraditórios, pois em alguns momentos algum grupo social se destaca como tendo um nível menor de preconceito; já em outro momento esse mesmo grupo social é apontado como tendo um índice elevado de preconceito e

discriminação. Este fato indica que essas questões precisam ser mais investigadas, sobretudo no contexto brasileiro onde pesquisas acerca deste tema são escassos; contudo, os poucos estudos que buscam conhecer essa realidade no Brasil apresentam uma visão negativa do portador de transtorno mental, assim como no âmbito internacional. No intuito de colaborar com o conhecimento acerca desses conteúdos, o presente estudo visa identificar quais estereótipos acerca da pessoa com esquizofrenia estão associados ao preconceito flagrante e ao preconceito sutil. A seguir será explanado sobre as crenças causais essencialistas, as quais, juntamente com os estereótipos, estão na base do preconceito.

3.2 Crenças essencialistas acerca da natureza da doença mental e sua relação com o preconceito

Como pode ser observado, considera-se que os estereótipos influenciam na formação do preconceito; entretanto, existem outros fatores que o determinam, como, por exemplo, as crenças essencialistas sobre a natureza de um determinado grupo social.

De acordo com Pereira (2009) no domínio dos estudos sobre os processos psicológicos atuantes no processo de categorização, Allport (1962) identificou a tendência das pessoas para inferir nos objetos (naturais ou sociais) características ou propriedades essenciais que definem a natureza desses objetos. Essa tendência, denominada de essencialismo, se constitui num processo resultante da crença de que cada categoria de objetos possui um conjunto fixo de características que definem a natureza mais profunda dos elementos das categorias. O fato de as pessoas acreditarem que esses objetos possuem essências se constitui num processo inferencial, que tem uma função adaptativa sendo regida pelo princípio do mínimo esforço cognitivo (Pereira et al., 2011).

As pessoas atribuem diferentes essências às categorias naturais e também às categorias sociais, entretanto, a categorização entre objetos naturais e artefatos humanos parece não ser completamente distintiva, uma vez que as duas categorias podem sobrepor-se, como no caso em que algumas categorias sociais são percebidas como categorias naturais. Neste caso, os grupos que são socialmente construídos são percebidos no senso comum como categorias naturais, isto é, são representados como espécies biológicas; assim, por serem concebidos como categorias naturais, os grupos socialmente construídos são percebidos como biologicamente determinados, como, por exemplo, a representação que as pessoas possuem acerca das categorias raciais (Pereira, 2009).

O essencialismo propõe que as teorias que as pessoas elaboram sobre a natureza dos grupos sociais são fatores importantes para o entendimento das tensões intergrupais, pois quando as pessoas usam as crenças essencialistas para descrever a natureza dos grupos sociais, o fazem, sobretudo, para justificar as desigualdades sociais e a discriminação contra grupos minoritários (Pereira, 2009). Como exemplo, pode-se citar que se atribui às pessoas com transtornos mentais graves crenças essencialistas que dizem respeito principalmente às características biológicas, genéticas e hereditárias que qualificam a natureza desse grupo social. Segundo Read et al. (2006), a crença em categorias que são discretas, imutáveis e invariavelmente enraizadas numa anormalidade biológica reflete a visão essencialista do modelo de doença dos transtornos mentais como tipos naturais, caracterizando esse grupo social como sendo outra espécie de pessoas (Dietrich et al., 2004).

Kruger (2004) aponta que o que torna as crenças tema relevante de estudo e pesquisa psicológica é a suposição de que elas produzem consequências na cognição, afetividade, conduta, no comportamento e na personalidade. Desse modo, portanto, tem-se que crenças essencialistas acerca da natureza de um determinado grupo social podem

determinar o preconceito e a discriminação, como pode ser verificado na apresentação de evidências empíricas a seguir.

3.2.1 Pesquisas empíricas

As pesquisas que abordam o preconceito sofrido pelas pessoas com transtornos mentais graves têm verificado que ele é influenciado pelas crenças que os indivíduos possuem acerca das suas causas, sejam elas biológicas, psicossociais ou religiosas.

Os impressionantes avanços da neurociência nos últimos tempos têm alimentado a esperança de que disseminar o conhecimento da base genética e biológica do transtorno mental acabaria por melhorar as atitudes públicas em relação a esses indivíduos reduzindo, assim, o preconceito. Muitos programas internacionais que combatem o preconceito acerca dos transtornos mentais, como o que foi lançado pela Aliança Nacional para Doenças Mentais (*National Alliance for Mental Illness - NAMI*) nos Estados Unidos, tem promovido essa ideia. As pessoas deveriam ser ensinadas a reconhecer os distúrbios como doenças e acreditar que eles são causados principalmente, ou exclusivamente, por fatores biológicos, como o desequilíbrio químico, doença cerebral, genética e hereditariedade. Esses programas baseiam-se na expectativa de que modelos causais alicerçados nessa suposição reduziram a culpabilização e a responsabilização da pessoa com transtorno mental, já que tais causas não são controladas pelo indivíduo, por conseguinte se as pessoas com transtorno mental fossem menos responsabilizadas por sua condição, sofreriam menos discriminação e preconceito (Angermeyer et al., 2013; Angermeyer et al., 2011; Read et al., 2006).

Com efeito, estudos realizados nos EUA, Austrália e Alemanha mostraram um aumento global nas atribuições causais biogenéticas dos transtornos mentais nas duas últimas décadas, verificando-se que cada vez mais os transtornos mentais, como a

depressão e a esquizofrenia, são atribuídos a doença cerebral, desequilíbrios químicos no cérebro ou causas genéticas (Angermeyer et al., 2011). Read et al. (2006) realizaram uma revisão bibliográfica via PsycINFO e MEDLINE buscando os artigos sobre esse tema no período de até janeiro de 2006 e concluíram que estudos recentes sugerem uma disposição das pessoas para reconhecer e nomear comportamentos incomuns ou problemáticos como doenças mentais.

Todavia, percebe-se que a ênfase nos problemas mentais como sendo doenças como quaisquer outras levam as pessoas a acreditarem que o indivíduo não tem controle sobre seu comportamento, o que parece aumentar o medo já generalizado da pessoa com esquizofrenia tida como perigosa e imprevisível (Mannarini & Boffo, 2013). De fato, pesquisa de revisão bibliográfica realizada por Read et al. (2006) observou que a partir da década de 1970 os estudos começaram a apontar que crenças causais biogenéticas estavam mais relacionadas com atitudes negativas acerca do transtorno mental, isto é, denotavam maior preconceito. Isto foi demonstrado tanto entre pacientes e profissionais, quanto na população em geral, mostrando-se que crenças biogenéticas estão mais associadas com os estereótipos de periculosidade e imprevisibilidade, bem como ao medo e a discriminação. A esquizofrenia particularmente, que é vista como uma doença mais marcada pelo fator biológico do que outros transtornos, continua a ser alvo de altos níveis de preconceito; da mesma forma, observou-se que a atribuição de um comportamento perturbado ou perturbador como sendo em função de uma doença mental aumenta os níveis de preconceito e discriminação.

A associação entre crenças causais biogenéticas e o preconceito também foi encontrada em outros estudos: de acordo com uma revisão sistemática de pesquisas com amostras representativas realizada por Angermeyer et al. (2011) no período de até junho de 2010 nas bases PubMed, PsycINFO e Web of Science observou-se que na maioria dos

estudos as atribuições causais baseadas na biogenética não foram associadas com menos rejeição das pessoas com transtorno mental. A maioria das associações significativas foi sobre a esquizofrenia, em que as crenças causais biogenéticas previram uma discriminação mais forte; dessa forma, é pequeno o suporte para a afirmação de que as atribuições causais biogenéticas estão associadas com menos atitudes preconceituosas em relação às pessoas com transtorno mental.

Por outro lado, Dietrich et al. (2004) objetivando investigar a natureza da relação entre crenças causais e a discriminação em relação às pessoas com transtornos mentais com amostras representativas na Alemanha, Rússia e Mongólia mostraram que atribuir as causas da esquizofrenia à socialização do indivíduo, bem como a falta de afeto parental associou-se a um menor nível de discriminação. Nesses países, apesar das diferentes origens culturais, observou-se que as causas psicológicas ainda foram as mais atribuídas à esquizofrenia, tais como estresse agudo devido a algum acontecimento particularmente estressante na vida; menos frequente, mas também de uma quantidade considerável, foram as duas causas biológicas: doença cerebral e hereditariedade, assim como estresse no trabalho.

No que se refere à suposição de que as crenças causais biogenéticas favoreceriam a redução da atribuição de responsabilidade pela doença mental e, de alguma forma, também reduziriam a culpabilização do indivíduo pela sua própria doença, não é suportada por estudos de base populacional, conforme apontam Angermeyer et al. (2011). Segundo os autores, estudos realizados na Áustria, Alemanha e Turquia sobre a esquizofrenia mostraram que a atribuição da responsabilidade pessoal pela doença (falta de força de vontade, estilo de vida imoral ou caráter fraco) não teve efeito sobre a discriminação ou teve um efeito consideravelmente mais fraco do que as percepções de

periculosidade e imprevisibilidade, os quais foram fortemente associados com o preconceito e a discriminação.

Então, pode-se dizer que os modelos causais biogenéticos não reduzem as noções de auto-responsabilidade nem aumentam a aceitação das pessoas com transtornos mentais como a esquizofrenia; de fato, o estereótipo de auto-responsabilidade é ofuscado pelas noções de imprevisibilidade e periculosidade que sugerem sentimentos de medo e comportamentos de exclusão. Corrigan et al. (2003) pesquisaram sobre a controlabilidade das causas do transtorno mental e crenças de responsabilidade pessoal sobre a doença, periculosidade, respostas emocionais (pena, raiva e medo) e ações discriminatórias. Observou-se que quando a doença mental é vista como estando sob o controle do indivíduo, as pessoas são mais propensas a evitá-lo, recusar-lhe ajuda e endossar tratamentos coercitivos; ocorre o mesmo quando os indivíduos são vistos como perigosos.

As crenças essencialistas causais biogenéticas também tem um impacto nos indivíduos que possuem transtornos mentais, pois refletem em comportamentos de busca de ajuda e tratamento. Conforme Angermeyer et al. (2011) pesquisas realizadas na Alemanha, Eslováquia, Rússia, Austrália e EUA mostraram que esse tipo de crenças causais está positivamente associado com o endosso de tratamento profissional médico, sendo crescente as recomendações de busca desse tipo de ajuda, notadamente para depressão e esquizofrenia. Contudo, os autores salientam que este não é um sinal de desestigmatização do transtorno mental, mas sim por uma definição médica do problema sugerir uma solução médica; para doenças mentais severas isto é um resultado desejável, no entanto as crenças causais biogenéticas estão negativamente associadas com as expectativas de recuperação e bom prognóstico.

Com relação às crenças causais mágico-religiosas acerca do transtorno mental, são poucos os estudos que abordam essas crenças. Em estudo realizado na Nigéria

(Gureje, Olley, Oluwanuga & Kola, 2006) verificou-se que de uma amostra de 1163 pessoas da população geral 84,6% possuíam crenças causais exclusivamente biopsicossociais, enquanto que 15,4% tinham crenças exclusivamente mágico-religiosas a respeito das causas do transtorno mental. Constatou-se que ambos os grupos possuíam um fraco conhecimento acerca dos transtornos mentais e atitudes predominantemente negativas, tendo o grupo das crenças biopsicossociais uma atitude mais tolerante e menos preconceituosa do que o grupo das crenças sobrenaturais.

No Brasil, pesquisa realizada por Maciel (2007) verificou que 80% dos profissionais de saúde mental atribuíram as causas do transtorno mental ao fator orgânico-hereditário, 52% as questões sociais, 48% psíquicas, 44% familiares e 28% causas multifatoriais. A pesquisa revelou também que familiares de pessoas com transtornos mentais diferentemente dos profissionais atribuíram as causas majoritariamente a fatores psíquicos (67% dos sujeitos), como: trauma de infância, preocupações, problemas sentimentais, dentre outros, assim como atribuíram a causas orgânico-hereditárias (58%), fatores sociais (29%) e espirituais (13%).

Com base nos estudos relatados observou-se que, no que tange as crenças essencialistas sobre a natureza do transtorno mental, o aspecto biológico e o psicossocial já é estudado, especialmente no contexto internacional. Contudo, percebe-se que outras crenças causais, como explicações de ordem religiosa ou causas externas como acidentes ou até mesmo ligadas ao uso de drogas, são pouco investigadas; entretanto, se mostram igualmente importantes porque podem estar associadas ao preconceito influenciando a forma como as pessoas que possuem transtorno mental são tratadas na sociedade.

Em suma, percebeu-se também que, notadamente no Brasil, a relação entre as crenças causais dos transtornos mentais e o preconceito é pouco pesquisada; observa-se assim a necessidade de investigar quais crenças causais sobre a natureza da doença mental

estão relacionadas tanto ao preconceito flagrante, quanto ao preconceito sutil frente à esquizofrenia.

Finalmente, cabe destacar aqui a pesquisa de meta-análise realizada por Talaska, Fiske e Chaiken (2008) com 57 estudos que abordam os fenômenos sociais tratados aqui, nas relações raciais e étnicas. Constatou-se que os preconceitos emocionais, conforme conceituam os autores, preveem mais diretamente a discriminação do que os estereótipos e as crenças; desse modo, concebe-se que o que as pessoas fazem é substancialmente relacionado à como se sentem e um pouco menos relacionado à como pensam. Afirma-se ainda que os estereótipos podem direcionar a discriminação, enquanto que as emoções podem energizá-la. Os estereótipos e as crenças podem guiar poderosamente as intenções comportamentais das pessoas, mas quando se trata realmente de interagir com um membro do exogrupo, são as emoções que decidem se um comportamento é executado.

Portanto, o presente estudo encontra apoio empírico para sugerir que tanto os estereótipos, quanto as crenças causais essencialistas acerca das pessoas com transtornos mentais graves estão associadas ao preconceito.

PARTE II

ESTUDOS EMPÍRICOS

CAPÍTULO 4

Apresentação dos estudos empíricos

ESTUDO I

ESTUDO I

4.1 - Escalas de dimensões do preconceito frente à esquizofrenia: construções e adaptações

Objetivo: construir, adaptar e conhecer os parâmetros psicométricos das escalas de dimensões do preconceito frente à esquizofrenia.

Objetivos específicos:

- Adaptar e validar a Escala de Percepção de Ameaça frente ao Doente Mental para o contexto específico da esquizofrenia;
- Adaptar e validar a Escala de Distância Social frente ao Doente Mental para o contexto específico da esquizofrenia;
- Construir e validar a Escala de Percepção de inadequação ao padrão de normalidade;
- Construir e validar a Escala de Exagero das diferenças grupais;
- Construir e validar a Escala de Benevolência frente à esquizofrenia.

4.1.1 Método

4.1.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo correlacional de cunho quantitativo.

4.1.1.2 Participantes e local

Participaram deste estudo 200 estudantes de graduação de universidades públicas e privadas das cidades de João Pessoa e Patos localizadas no Estado da Paraíba, com idades entre 16 e 51 anos ($M=25,31$; $DP=7,21$). A maioria era do sexo feminino (83,7%), distribuídos entre os cursos de Psicologia (61%), Serviço social (18,7%), Psicopedagogia (17,2%), Enfermagem (5%) e Pedagogia (2%). Do conjunto da amostra, 84,3% afirmou

não conviver com uma pessoa com esquizofrenia. Tratou-se de uma amostra de conveniência e não-probabilística.

4.1.1.3 Instrumentos

Para esse estudo foram utilizados cinco instrumentos (Ver nos apêndices), os quais serão descritos a seguir.

1) *Escala de percepção de ameaça frente à esquizofrenia* – é uma adaptação da escala denominada *Percepção de ameaça frente ao doente mental* originalmente construída e validada por Maciel e Pereira (2015). Esse instrumento é composto por nove itens, com escala de resposta do tipo Likert, variando de (1) “Discordo totalmente” a (5) “Concordo totalmente”. A adaptação desta escala consistiu em trocar o termo “doente mental” por “portador de esquizofrenia”.

2) *Escala de rejeição a relações de intimidade frente à esquizofrenia* - é uma adaptação da escala de Pettigrew e Meertens (1995) que foi validada na amostra de estudantes universitários paraibanos para o contexto da saúde mental por Maciel (2015). É composta por nove itens que descrevem situações cotidianas relacionadas à rejeição de proximidade com o portador de esquizofrenia. Os participantes indicam o quanto se sentem incomodados em cada situação descrita nos itens; desse modo, a escala de resposta foi do tipo Likert e variou de (1) “Nem um pouco incomodado” a (5) “Muito incomodado”. A adaptação desta escala consistiu em trocar o termo “doente mental” por “portador de esquizofrenia”.

3) *Escala de Percepção de inadequação ao padrão de normalidade* - Foram elaborados pelos autores do presente estudo três itens que avaliam a percepção de inadequação das pessoas com esquizofrenia ao padrão de normalidade vigente na sociedade. A escala de resposta é do tipo Likert e varia de (1) “Discordo totalmente” a (5) “Concordo totalmente”.

4) *Escala de Exagero das diferenças grupais* - Foi elaborada pelos autores do presente estudo e é constituída de quatro itens que avaliam a percepção em relação à diferença que o participante acredita que existe entre ele e alguém com esquizofrenia. A escala de resposta é do tipo Likert e os participantes tinham que opinar quão semelhantes ou diferentes eles achavam que os portadores de esquizofrenia eram em relação a pessoas como eles, variando de (1) “Muito semelhantes” a (5) “Muito diferentes”.

5) *Escala de Benevolência frente à esquizofrenia* – Foi elaborada pelos autores do presente estudo e é constituída de nove itens que avaliam a atitude benevolente frente à esquizofrenia. O instrumento possui escala de resposta do tipo Likert, variando de (1) “Discordo totalmente” a (5) “Concordo totalmente”.

Os estudantes também responderam perguntas acerca do sexo, idade, curso e se conviviam com algum portador de esquizofrenia.

4.1.1.4 Procedimento de elaboração das escalas

Os instrumentos criados no presente estudo (Escala de percepção de inadequação ao padrão de normalidade, Escala de exagero das diferenças entre os grupos e a Escala de benevolência frente à esquizofrenia) tiveram seus itens elaborados a partir da literatura acerca do preconceito sutil, como também por meio de consulta a entrevistas realizadas com profissionais da área da saúde mental e estudantes universitários pertencentes ao banco de dados do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química – UFPB.

As escalas foram submetidas à análise teórica por três profissionais pós-graduados na área da saúde mental, que se disponibilizaram a avaliar a coerência entre a definição do traço latente (dimensão) e os comportamentos (itens) que os representariam empiricamente. Nesse processo foram feitas algumas modificações. Em seguida, as escalas foram apresentadas a uma amostra de conveniência formada por oito estudantes

universitários que, individualmente, foram consultados acerca do entendimento e clareza dos itens, sendo, portanto, realizado uma validade semântica.

Foi pedido para os estudantes dizerem o que entendiam sobre o item; em seguida, foi perguntado se o item estava claro, se tinha ambiguidades e, caso tivesse, foi pedido para que o próprio estudante sugerisse uma forma melhor de escrita do item. Nessa fase, também foram feitas algumas modificações, como a substituição de algumas palavras por seus sinônimos, visando à adequação dos itens ao entendimento da amostra.

4.1.1.5 Considerações éticas e procedimento de coleta de dados

Esta pesquisa atendeu às determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que traça as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS, sob o Protocolo nº. 0274/14. O certificado encontra-se em anexo.

Após a obtenção da autorização para a realização da pesquisa pelo Comitê de Ética, a pesquisadora entrou em contato com as instituições onde pretendia realizar o estudo através dos professores, sendo combinado com estes o dia e o horário para a realização da coleta de dados. Os instrumentos foram administrados coletivamente nas salas de aula. Os aplicadores foram 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 participar ou não, e a garantia de anonimato. Após a comunicação de tais aspectos e mediante a aceitação dos estudantes em participar, obtida por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Ver nos apêndices), iniciou-se a coleta de dados. Os participantes levaram, em média, 15 minutos para concluir a participação na pesquisa.

4.1.1.6 Análise dos dados

Os dados das escalas foram tabulados e analisados por meio do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS) para Windows versão 21.0. Foram realizadas análises fatoriais exploratórias com intuito de conhecer a estrutura fatorial das escalas, utilizando-se o método dos eixos principais por ser considerado uma técnica mais criteriosa e a rotação oblíqua (*direct oblimin*) que permite a correlação entre os fatores (Field, 2009). Utilizou-se também o Alfa de Cronbach na verificação da consistência interna.

4.1.2 Resultados e Discussões preliminares

Os resultados serão apresentados separadamente, conforme a ordem a seguir: a) Escala de Percepção de Ameaça frente à esquizofrenia; b) Escala de Rejeição a relações de intimidade frente à esquizofrenia; c) Escala de Percepção de inadequação ao padrão de normalidade; d) Escala de Exagero das diferenças grupais; e, e) Escala de Benevolência frente à esquizofrenia.

a) Escala de Percepção de Ameaça frente à esquizofrenia

Primeiramente, procurou-se comprovar a fatorabilidade da matriz de correlações entre os itens da escala. Os resultados apoiaram a adequação de se utilizar uma análise fatorial exploratória, tendo sido observados os seguintes índices que se mostraram adequados: KMO = 0,85 e o Teste de Esfericidade de Bartlett, $X^2_{(36)} = 586,44$; $p < 0,001$.

Em um primeiro momento realizou-se uma análise com o método dos Eixos Principais sem fixar *a priori* o número de componentes a extrair ou o tipo de rotação, sendo identificados dois componentes com valores próprios superiores a 1 (*Critério de Kaiser*), explicando 63% da variância total com os seguintes valores: 4,041 e 1,228;

contudo, o *Cr terio de Cattell* sugere a estrutura fatorial de apenas um componente, conforme a distribuição gráfica (*scree plot*) observada na Figura 1.

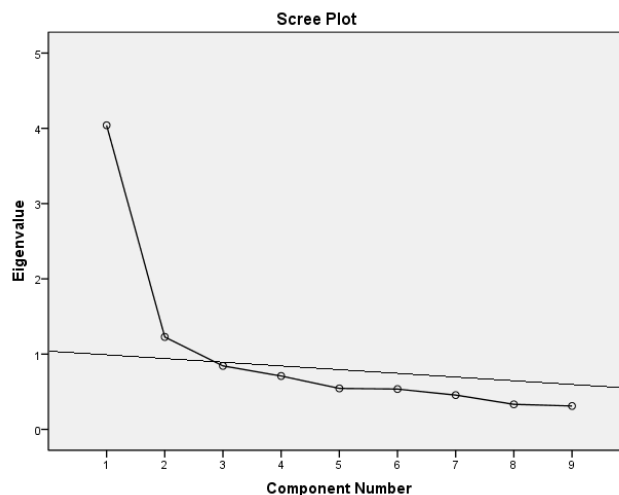


Figura 1. Representação gráfica dos valores próprios da Escala de Percepção de ameaça frente à esquizofrenia.

Tendo em vista essa aparente contradição, realizou-se a análise paralela de Horn visando não deixar d vidas quanto ao número de fatores a extrair; nesta análise foram assumidos os mesmos parâmetros do banco de dados original, isto é, 200 participantes e nove variáveis (ver Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos fatores de acordo com o critério de Kaiser e análise paralela sobre a Percepção de ameaça frente à esquizofrenia

<i>Cr�terio de Kaiser</i>	<i>Análise Paralela</i>
4,041	1,334
1,228	1,226
0,843	1,135

Contrastando os valores entre o critério de Kaiser e a Análise paralela, observou-se que o critério de Kaiser apresentou valores superiores aos simulados, permitindo assim, a identificação de dois fatores pertencentes a escala em questão. Desse modo, optou-se pela realização de uma nova análise fatorial exploratória com o método dos eixos principais e rotação oblimin dessa vez fixando-se dois fatores, tendo como ponto de

saturação para o item fazer parte do fator 0,40. Os resultados são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Estrutura fatorial da Escala de Percepção de Ameaça frente à Esquizofrenia

Itens	Fator 1	Fator 2	h ²
1. É muito perigoso conviver com um(a) portador(a) de esquizofrenia.	0,76		0,59
2. É assustador pensar em pessoas que sejam portadores de esquizofrenia morando em bairros residenciais.	0,67		0,46
3. Portadores de esquizofrenia são pessoas perigosas.	0,68		0,47
4. Sinto algum receio quando estou na presença de um(a) portador(a) de esquizofrenia.	0,66		0,44
5. Portadores de esquizofrenia podem agir agressivamente a qualquer momento.		0,59	0,36
6. Portadores de esquizofrenia são pessoas que podem matar com facilidade.		0,71	0,63
7. Portadores de esquizofrenia ameaçam a tranquilidade de um bairro.	0,67		0,56
8. Portadores de esquizofrenia possuem muita força física.		0,55	0,32
9. Portadores de esquizofrenia tem a sexualidade pervertida.		0,59	0,29
Número de itens	5	4	
Valor próprio	4,041	1,228	
Variância explicada (%)	50	13	
Alfa de Cronbach (α)	0,82	0,69	

Nota. Fator 1 – Estereótipo de Periculosidade e Fator 2 – Estereótipos essencialistas.

Diante dos resultados expostos na Tabela 2 pode-se verificar que a Escala de Percepção de Ameaça frente à Esquizofrenia apresentou uma solução bifatorial, agrupando no Fator 1 os itens 1, 2, 3, 4 e 7, os quais apontam para uma percepção de ameaça voltada para o estereótipo de periculosidade propriamente dito. Enquanto que o Fator 2 que engloba os itens 5, 6, 8 e 9 se refere a uma percepção de ameaça vinculada aos estereótipos essencialistas acerca da esquizofrenia, os quais dizem respeito a questões genéticas que atribuem a esses indivíduos características animais, instintivas, estando presente questões como impulsividade, descontrole, força física descomunal e sexualidade pervertida; tais questões trazem consigo uma desumanização desses sujeitos (Santos & Lima, 2012).

Assim, percebe-se que tanto o estereótipo de periculosidade, quanto os estereótipos essencialistas acerca da esquizofrenia estão vinculados a uma percepção de ameaça realística (Stephan et al., 2002), isto é, mostram o medo real que o endogrupo tem de ser atingido pelo exogrupo em sua integridade física; a percepção de ameaça à segurança física gera medo e vontade de fugir, o que fortalece a ansiedade intergrupar. Resultado semelhante encontra-se na escala original com o termo “doente mental” proposta por Maciel et al. (2017, *no prelo*).

Dessa forma pode-se constatar a identificação de dois fatores principais, os quais podem ser denominados de Estereótipo de periculosidade e Estereótipos essencialistas, sendo que altas pontuações nesta escala indicam maior percepção de ameaça frente à Esquizofrenia. Portanto, com base na análise fatorial exploratória e no cálculo do Alfa de Cronbach, pode-se concluir que esta escala, reunindo um total de 9 itens, apresentou parâmetros psicométricos satisfatórios e adequados para uso no contexto universitário.

Entretanto, reconhecendo o caráter essencialmente exploratório da técnica estatística empregada, a da Análise dos Eixos Principais, destaca-se a importância da realização de outras pesquisas para a comprovação fatorial desta medida. Em função disso, no estudo 2 desta tese será descrito o processo de validação confirmatória desta escala com participantes com características demográficas semelhantes.

b) Escala de Rejeição a relações de intimidade frente à esquizofrenia

Inicialmente, procurou-se comprovar a fatorabilidade da matriz de correlações entre os itens da escala. Os resultados apoiaram a adequação de se utilizar uma análise fatorial exploratória, tendo sido observados os seguintes índices que se mostraram adequados: KMO = 0,84 e o Teste de Esfericidade de Bartlett, $X^2_{(36)} = 1186,66$; $p < 0,001$.

Primeiramente realizou-se uma análise com o método dos Eixos Principais sem fixar *a priori* o número de componentes a extrair ou o tipo de rotação; foram identificados dois componentes com valores próprios superiores a 1 (*Critério de Kaiser*), explicando 72% da variância total, com os seguintes valores: 5,146 e 1,344. Entretanto, o *Critério de Cattell* sugere uma estrutura fatorial de apenas um componente, conforme a distribuição gráfica (*scree plot*) observada na Figura 2.

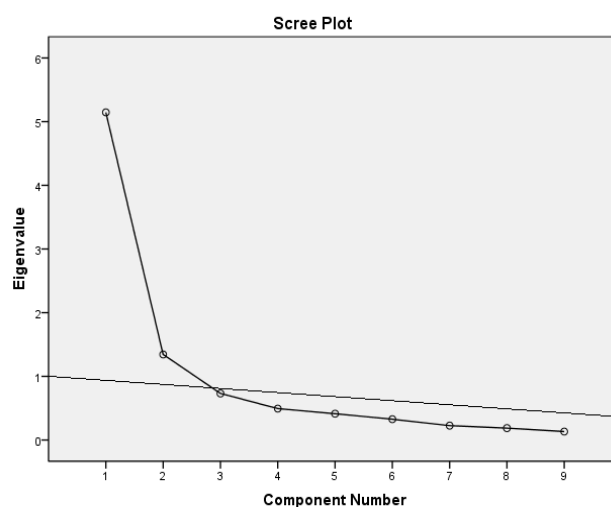


Figura 2. Representação gráfica dos valores próprios da Escala de Rejeição a relações de intimidade frente à esquizofrenia.

Com base nessa aparente contradição, realizou-se a análise paralela visando não deixar dúvidas quanto ao número de fatores a extrair; nesta análise foram assumidos os mesmos parâmetros do banco de dados original, isto é, 200 participantes e nove variáveis (ver Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos fatores de acordo com o critério de Kaiser e análise paralela sobre a Rejeição a relações de intimidade frente à esquizofrenia

<i>Critério de Kaiser</i>	<i>Análise Paralela</i>
5,146	1,334
1,344	1,226
0,732	1,135

Contrastando os valores entre o critério de Kaiser e a Análise paralela, observou-se que o critério de Kaiser apresentou valores superiores aos simulados, permitindo assim,

a identificação de dois fatores pertencentes a escala em questão. Desse modo, optou-se pela realização de uma nova análise fatorial exploratória com o método dos eixos principais e rotação oblíqua dessa vez fixando-se dois fatores, tendo como ponto de saturação para o item fazer parte do fator 0,40. Os resultados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4. Estrutura fatorial da Escala de Rejeição a relações de intimidade frente à Esquizofrenia

Itens	Fator 1	Fator 2	h ²
1. Ter algum parente seu casado com alguém que seja portador(a) de esquizofrenia	0,74		0,58
2. Ter um amigo(a) próximo(a) que seja portador(a) de esquizofrenia	0,68		0,47
3. Ter um(a) portador(a) de esquizofrenia como seu(sua) chefe de trabalho		0,77	0,69
4. Ter um(a) portador(a) de esquizofrenia como colega de trabalho	0,77		0,66
5. Ter um(a) namorado(a) portador(a) de esquizofrenia		0,88	0,79
6. Ter um(a) portador(a) de esquizofrenia como cuidador(a) de uma criança		0,69	0,49
7. Participar de festas onde esteja presente alguém que seja portador(a) de esquizofrenia	0,80		0,66
8. Ter um(a) vizinho(a) que seja portador(a) de esquizofrenia	0,87		0,76
9. Casar com uma pessoa que seja portador(a) de esquizofrenia		0,81	0,66
Número de itens	5	4	
Valor próprio	5,146	1,344	
Variância explicada (%)	57	15	
Alfa de Cronbach (α)	0,87	0,87	

Nota. Fator 1 – Rejeição a relações indiretas e Fator 2 – Rejeição a relações diretas.

Com base na Tabela 4 pode-se verificar que a Escala de Rejeição a relações de intimidade frente à Esquizofrenia apresentou uma solução bifatorial, agrupando no Fator 1 os itens 1, 2, 4, 7 e 8 que agrupa mais adequadamente os itens que se referem a *Rejeição a Relações Indiretas de Intimidade*, ou seja, rejeição ao contato indireto com pessoas com esquizofrenia. Já o Fator 2 com os itens 3, 5, 6 e 9 apontam para uma *Rejeição a Relações Diretas de Intimidade*, isto é, rejeição ao contato íntimo emocional direto com pessoas com esquizofrenia. Nesse aspecto, a presente escala difere da escala original com o termo “doente mental” proposta por Maciel et al. (2017, *no prelo*), a qual apresenta uma solução unifatorial. Destaca-se ainda que os dois fatores apresentaram alfas de Cronbach iguais

($\alpha=0,87$), índice este considerado satisfatório no âmbito das pesquisas em psicologia (Oviedo & Campo-Árias, 2005).

Dessa forma pode-se constatar a identificação de dois fatores principais, os quais podem ser denominados de Rejeição a Relações Indiretas de Intimidade e Rejeição a Relações Diretas de Intimidade, sendo que altas pontuações nesta escala indicam maior Rejeição frente à Esquizofrenia. Portanto, com base na análise fatorial exploratória e no cálculo do Alfa de Cronbach, pode-se concluir que esta escala, reunindo um total de 9 itens, apresentou parâmetros psicométricos satisfatórios e adequados para uso no contexto universitário.

Contudo, reconhecendo o caráter essencialmente exploratório da técnica estatística empregada, a da Análise dos Eixos Principais, destaca-se a importância da realização de outras pesquisas para a comprovação fatorial desta medida. Em função disso, no estudo 2 desta tese será descrito o processo de validação confirmatória desta escala com participantes com características demográficas parecidas.

c) Escala de Percepção de inadequação ao padrão de normalidade

Procurou-se primeiramente comprovar a fatorabilidade da matriz de correlações entre os itens da escala. Os resultados apoiaram a adequação de se utilizar uma análise fatorial exploratória, tendo sido observados os seguintes índices que se mostraram adequados: KMO = 0,60 e o Teste de Esfericidade de Bartlett, $X^2_{(3)} = 86,85$; $p < 0,001$.

Realizou-se uma análise com o método dos Eixos Principais sem fixar o número de componentes a extrair ou o tipo de rotação, identificando-se um componente com valor próprio superior a 1 (*Critério de Kaiser*), explicando 58% da variância total, com o seguinte valor: 1,75. Em concordância com o critério de Kaiser, a análise paralela também confirma a extração de apenas um fator para esta escala (1,10); na análise paralela foram

assumidos os mesmos parâmetros do banco de dados original, isto é, 200 participantes e três variáveis. O *Critério de Cattell* confirma a solução fatorial de um componente, conforme a distribuição gráfica (*scree plot*) observada na Figura 3.



Figura 3. Representação gráfica dos valores próprios da Escala de Percepção de inadequação ao padrão de normalidade.

O ponto de saturação utilizado para o item fazer parte do fator foi de 0,40. Os resultados da análise são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5. Estrutura fatorial da Escala de Percepção de inadequação ao padrão de normalidade

Itens	Cargas Fatoriais	h^2
1. O portador de esquizofrenia não se esforça o suficiente para viver uma vida como a das outras pessoas.	0,51	0,26
2. O portador de esquizofrenia não se empenha em viver como as pessoas normais.	0,89	0,80
3. O portador de esquizofrenia não tem as características necessárias para se obter uma vida bem sucedida.	0,46	0,21
Número de itens	3	
Valor próprio	1,75	
Variância explicada (%)	58	
Alfa de Cronbach (α)	0,62	

Com base na Tabela 5 pode-se verificar que a Escala de Percepção de inadequação ao padrão de normalidade apresenta uma boa solução fatorial com cargas fatoriais altas. Em relação à precisão (consistência interna) do instrumento, avaliada por meio do

coeficiente Alfa de Cronbach, o valor observado no presente estudo é considerado marginalmente satisfatório, sendo aceitável quando se trata de medida empregada com fins de pesquisa (Oviedo & Campo-Árias, 2005). No entanto, com o objetivo de melhorar a consistência interna da escala e aprimorar seu conteúdo decidiu-se pela realização de outro estudo de validação, dessa vez confirmatória, com o acréscimo de mais itens elaborados com base na literatura da área. Essa validação será descrita no estudo 2 do presente trabalho de tese com vistas ao aperfeiçoamento da escala proposta.

d) Escala de Exagero das diferenças grupais

Buscou-se primeiramente comprovar a fatorabilidade da matriz de correlações entre os itens da escala. Os resultados apoiaram a adequação de se utilizar uma análise fatorial exploratória, tendo sido observados os seguintes índices que se mostraram adequados: KMO = 0,72 e o Teste de Esfericidade de Bartlett, $X^2_{(6)} = 182,76$; $p < 0,001$.

Realizou-se uma análise com o método dos Eixos Principais sem fixar o número de componentes a extrair ou o tipo de rotação. Foi identificado um componente com valor próprio superior a 1 (*Critério de Kaiser*) explicando 57% da variância total com o seguinte valor: 2,30. Em conformidade com o critério de Kaiser, a análise paralela também confirma a extração de apenas um fator para esta escala (1,16); na análise paralela foram assumidos os mesmos parâmetros do banco de dados original, isto é, 200 participantes e quatro variáveis. O *Critério de Cattell* confirma a solução fatorial de um componente, conforme a distribuição gráfica (*scree plot*) observada na Figura 4.

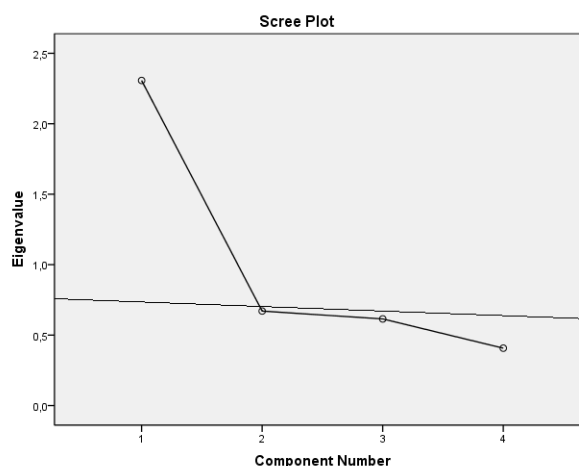


Figura 4. Representação gráfica dos valores próprios da Escala de Exagero das diferenças grupais

O ponto de saturação utilizado para o item fazer parte do fator foi de 0,40. Os resultados da análise são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6. Estrutura fatorial da Escala de Exagero das diferenças grupais

Itens	Cargas Fatoriais	h^2
1. Na expressão de sua agressividade	0,62	0,39
2. Em suas práticas sexuais	0,58	0,33
3. No jeito que eles falam	0,71	0,50
4. No jeito que eles se comportam	0,71	0,51
Número de itens	4	
Valor próprio	2,30	
Variância explicada (%)	57	
Alfa de Cronbach (α)	0,75	

Com base na Tabela 6 pode-se verificar que a Escala de Exagero das diferenças grupais frente à Esquizofrenia apresenta uma boa solução fatorial com índice de consistência interna satisfatório, com a identificação de um fator principal e altas pontuações significando uma maior percepção de diferenças entre os grupos. Portanto, com base na análise fatorial exploratória e no cálculo do Alfa de Cronbach, pode-se concluir que esta escala reunindo um total de 4 itens apresentou parâmetros psicométricos satisfatórios e adequados para uso no contexto universitário.

Porém, reconhecendo o caráter essencialmente exploratório da técnica estatística empregada, a da análise dos eixos principais, destaca-se a importância da realização de outras pesquisas para a comprovação fatorial desta medida. Por isso, no estudo 2 desta tese será descrito o processo de validação confirmatória desta escala, com participantes com características demográficas semelhantes.

e) Escala de Benevolência frente à esquizofrenia

Primeiramente, procurou-se comprovar a fatorabilidade da matriz de correlações entre os itens da escala. Os resultados apoiaram a adequação de se utilizar uma análise fatorial exploratória, tendo sido observados os seguintes índices que se mostraram adequados: KMO = 0,76 e o Teste de Esfericidade de Bartlett, $X^2_{(36)} = 394,84$; $p < 0,001$.

Realizou-se uma análise com o método dos Eixos Principais sem fixar *a priori* o número de componentes a extrair ou o tipo de rotação; dessa forma, foram identificados dois componentes com valores próprios superiores a 1 (*Critério de Kaiser*), explicando 51% da variância total com os seguintes valores: 3,140 e 1,449. Porém, considerando o *Critério de Cattell*, pode-se observar uma estrutura fatorial ambígua, conforme a distribuição gráfica (*scree plot*) observada na Figura 5.

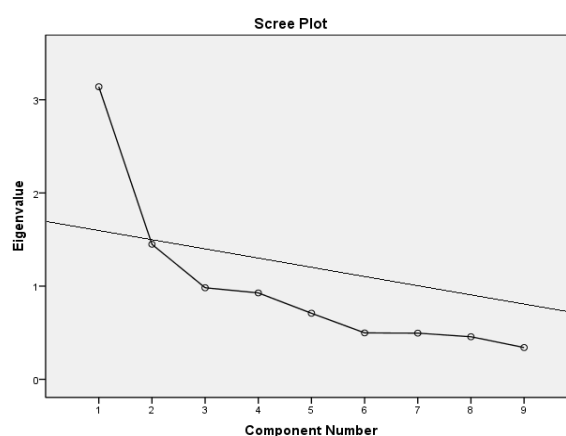


Figura 5. Representação gráfica dos valores próprios da Escala de Benevolência frente à esquizofrenia.

Tendo em vista essa ambiguidade, realizou-se a análise paralela visando não deixar dúvidas quanto ao número de fatores a extrair; nesta análise foram assumidos os mesmos parâmetros do banco de dados original, isto é, 200 participantes e nove variáveis (ver Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição dos fatores de acordo com o critério de Kaiser e análise paralela sobre a benevolência frente à esquizofrenia

<i>Critério de Kaiser</i>	<i>Análise Paralela</i>
3,140	1,334
1,449	1,226
0,983	1,135

Contrastando os valores entre o critério de Kaiser e a Análise paralela, observou-se que o critério de Kaiser apresentou valores superiores aos simulados, permitindo assim, a identificação de dois fatores pertencentes a escala em questão. Desse modo, optou-se pela realização de uma nova análise fatorial exploratória com o método dos eixos principais e rotação oblíqua dessa vez fixando-se dois fatores, tendo como ponto de saturação para o item fazer parte do fator 0,30. Os resultados são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8. Estrutura bifatorial da Escala de Benevolência Frente à Esquizofrenia

Itens	Fator 1	Fator 2	h²
1. O portador de esquizofrenia só precisa de carinho, amor e atenção.		0,81	0,66
2. O portador de esquizofrenia é um ser muito carente de afeto.		0,41	0,18
3. Não há muito que se fazer pelas pessoas com esquizofrenia, apenas cuidar para que elas estejam confortáveis e bem alimentadas.	0,48		0,26
4. As pessoas precisam ter mais piedade do portador de esquizofrenia.	0,49		0,25
5. O portador de esquizofrenia é como se fosse uma criança grande.	0,65		0,44
6. Os portadores de esquizofrenia precisam de alguém que cuide deles 24 horas por dia.	0,72		0,62
7. Certas coisas não devem ser ditas aos portadores de esquizofrenia porque qualquer coisa pode afetá-los.	0,32		0,11
8. O portador de esquizofrenia não tem consciência das coisas, por isso precisa de alguém que cuide dele.	0,74		0,55
9. Penso que o portador de esquizofrenia é um ser indefeso.	0,63		0,47
Número de itens	6	2	
Valor próprio	3,14	1,44	
Variância explicada (%)	35	16	
Alfa de Cronbach (α)	0,77	0,48	

A partir dessa solução bifatorial percebe-se que o fator 2 apresenta apenas dois itens e uma consistência interna abaixo do satisfatório (que seria algo em torno de $\alpha=0,70$) (Oviedo & Campo-Árias, 2005), indicando que esse fator não apresenta estabilidade na mensuração da benevolência; com base nisso, na tentativa de uma solução mais adequada e parcimoniosa, optou-se pela realização de uma nova análise fatorial com o método dos eixos principais dessa vez fixando-se apenas um fator, tendo como ponto de saturação para o item fazer parte do fator 0,30. Os resultados são apresentados na Tabela 9.

Tabela 9. Estrutura unifatorial da Escala de Benevolência Frente à Esquizofrenia

Itens	Cargas Fatoriais	h^2
1. Não há muito que se fazer pelas pessoas com esquizofrenia, apenas cuidar para que elas estejam confortáveis e bem alimentadas.	0,50	0,25
2. As pessoas precisam ter mais piedade do portador de esquizofrenia.	0,49	0,24
3. O portador de esquizofrenia é como se fosse uma criança grande.	0,67	0,46
4. Os portadores de esquizofrenia precisam de alguém que cuide deles 24 horas por dia.	0,62	0,39
5. Certas coisas não devem ser ditas aos portadores de esquizofrenia porque qualquer coisa pode afetá-los.	0,33	0,11
6. O portador de esquizofrenia não tem consciência das coisas, por isso precisa de alguém que cuide dele.	0,72	0,52
7. Penso que o portador de esquizofrenia é um ser indefeso.	0,66	0,43
Número de itens	7	
Valor próprio	3,14	
Variância explicada (%)	35	
Alfa de Cronbach (α)	0,77	

O item 1 (*O portador de esquizofrenia só precisa de carinho, amor e atenção*) e o item 2 (*O portador de esquizofrenia é um ser muito carente de afeto*) foram excluídos da escala por não atingirem a carga fatorial de 0,30; nesse sentido, percebe-se que ambos os itens apontam para uma ideia de benevolência muito baseada no sentimento, no afeto, de forma que talvez não retrate a benevolência em si tendo apresentado por isso pouca correspondência com o fator.

Portanto, constatou-se a identificação de um fator principal, o qual pode ser denominado de Benevolência frente à Esquizofrenia, de forma que altas pontuações nesta escala indicam maior benevolência. Assim, com base na análise fatorial exploratória e no cálculo do Alfa de Cronbach considera-se que a Escala de Benevolência Frente à Esquizofrenia reunindo um total de 7 itens apresentou parâmetros psicométricos satisfatórios e adequados para uso no contexto universitário.

No entanto, reconhece-se aqui o caráter essencialmente exploratório da técnica estatística empregada, a da análise dos Eixos Principais; com isso, optou-se pela realização de uma nova pesquisa com participantes com características demográficas próximas as deste estudo com o intuito de efetuar uma análise confirmatória da estrutura desta medida. Este estudo é descrito a seguir.

ESTUDO II

ESTUDO II

4.2 – Análise confirmatória das escalas de dimensões do preconceito frente à esquizofrenia

Objetivo: confirmar a estrutura fatorial das escalas de dimensões do preconceito frente à esquizofrenia elaboradas e adaptadas no estudo 1.

4.2.1 Método

4.2.1.1 *Tipo de estudo*

Trata-se de um estudo correlacional de cunho quantitativo.

4.2.1.2 *Participantes e local*

Participaram deste estudo 200 estudantes de graduação de universidades públicas e privadas das cidades de João Pessoa e Patos localizadas no Estado da Paraíba, com idades entre 16 e 52 anos ($M=24,82$; $DP=6,97$), em maior parte do sexo feminino (62%). A maioria dos estudantes foi do curso de fisioterapia (32%), psicologia (29%), matemática (18%) e engenharia civil (10%). Do conjunto da amostra, 91,7% afirmou não conviver com uma pessoa com esquizofrenia. Tratou-se de uma amostra de conveniência, não-probabilística e intencional.

4.2.1.3 *Instrumentos*

Para esse estudo foram utilizados cinco instrumentos (Ver nos apêndices), os quais serão descritos a seguir:

1) *Escala de Percepção de Ameaça frente à esquizofrenia* – Esta escala foi inicialmente elaborada e validada por Maciel et al. (2017, *no prelo*) e adaptada no estudo 1 do presente trabalho para o contexto da esquizofrenia na amostra de estudantes universitários paraibanos. Esse instrumento é composto por nove itens com escala de resposta do tipo Likert variando de (1) “Discordo totalmente” a (5) “Concordo

totalmente”; possuindo dois fatores: Estereótipo de periculosidade ($\alpha=0,82$) e Estereótipos essencialistas ($\alpha=0,69$).

2) *Escala de Rejeição a relações de intimidade frente à esquizofrenia* - Esta escala é uma adaptação do instrumento de Pettigrew e Meertens (1995) que foi validada na amostra de estudantes universitários paraibanos para o contexto da esquizofrenia no estudo 1 do presente trabalho. É composta por nove itens que descrevem situações cotidianas relacionadas à rejeição de intimidade com o portador de esquizofrenia, possuindo dois fatores: REJ1 (*Rejeição a Relações Indiretas de Intimidade*, $\alpha = 0,87$) e REJ2 (*Rejeição a Relações Diretas de Intimidade*, $\alpha = 0,87$). Os participantes indicam o quanto se sentem incomodados em cada situação descrita nos itens; desse modo, a escala de resposta foi do tipo Likert e variou de (1) “Nem um pouco incomodado” a (5) “Muito incomodado”.

3) *Escala de Percepção de inadequação ao padrão de normalidade* – Esta escala foi criada no estudo 1 do presente trabalho e avalia a percepção de inadequação das pessoas com esquizofrenia ao padrão de normalidade vigente na sociedade. A escala inicialmente foi composta por três itens apresentando um Alfa de Cronbach de 0,62; entretanto, na análise dos dados observou-se a necessidade de acrescentar mais itens na medida. Assim, foram adicionados mais três itens: “*O portador de esquizofrenia não possui condições para viver normalmente*”, “*O portador de esquizofrenia não tenta viver adequadamente*”, “*O portador de esquizofrenia não possui habilidades para viver como pessoas normais*”. A elaboração destes itens passou pelo mesmo processo de análise de juízes descrita no estudo 1, sendo os mesmos juízes que colaboraram anteriormente; desse modo, o instrumento aplicado neste estudo contou com seis itens, tendo uma escala de resposta do tipo Likert, variando de (1) “Discordo totalmente” a (5) “Concordo totalmente”.

4) *Escala de Exagero das diferenças grupais* – Esta escala foi elaborada e validada no estudo 1 do presente trabalho, contendo quatro itens que avaliam o quanto o portador de esquizofrenia é diferente. A escala de resposta é do tipo Likert e os participantes tinham que opinar quão semelhantes ou diferentes eles achavam que os portadores de esquizofrenia eram em relação a pessoas como eles, variando de (1) “Muito semelhantes” a (5) “Muito diferentes”. Apresenta índice de consistência interna satisfatório ($\alpha=0,75$).

5) *Escala de Benevolência frente à esquizofrenia* - Esta escala foi elaborada e validada no estudo 1 do presente trabalho e contém sete itens que avaliam a benevolência frente à esquizofrenia. O instrumento possui escala de resposta do tipo Likert, variando de (1) “Discordo totalmente” a (5) “Concordo totalmente”. Apresenta índice de consistência interna satisfatório ($\alpha=0,77$).

Os estudantes também responderam perguntas acerca do sexo, idade, curso e se conviviam com algum portador de esquizofrenia. Tais perguntas foram somente para caracterizar a amostra do estudo.

4.2.1.4 Considerações éticas e procedimento de coleta de dados

Foram seguidos os mesmos procedimentos éticos e de coleta de dados descritos no Estudo 1.

4.2.1.5 Análise dos dados

Para a efetuação das análises dos dados foram utilizados os programas estatísticos SPSS (*Pacote Estatístico para Ciências Sociais*) para Windows versão 21.0, para o cálculo da consistência interna das medidas e análises complementares; e, o programa AMOS, o qual foi empregado para realizar análises fatoriais confirmatórias, tendo em conta a matriz de covariância e adotando o estimador ML (Máxima Verossimilhança). Os casos omissos (*missing data*) foram substituídos pela média das respostas obtidas em cada item. Para conhecer o ajuste do modelo proposto e compará-lo com modelos alternativos

foram utilizados os seguintes indicadores (Dantas, 2014; Garson, 2012; Pilati & Laros, 2007; Tabachnick & Fidell, 2007):

- χ^2 (*qui-quadrado*) = Testa a probabilidade de o modelo teórico se ajustar aos dados; quanto maior este valor, pior o ajustamento. Este, por ser sensível ao tamanho da amostra (amostras grandes, isto é, $n > 200$, podem favorecer descartar um modelo adequado), deve ser interpretado com alguma reserva, valendo-se de sua razão em relação aos graus de liberdade (χ^2/gl). Este valor precisará ser preferencialmente entre 2 e 3, admitindo-se até 5.

- *Goodness-of-Fit Index (GFI)* = Este indicador, como sua versão ponderada (*Adjusted Goodness-of-Fit Index, AGFI*), funciona como a estatística R^2 na análise de regressão, representando o quanto da matriz de variância-covariância dos dados pode ser explicada pelo modelo teórico testado. Seus valores oscilam entre 0 (zero; ajuste nulo) e 1 (um; ajuste perfeito), admitindo-se como aceitáveis aqueles próximos ou superiores a 0,90.

- *Comparative Fit Index (CFI)* = Compreende um indicador comparativo adicional de ajuste do modelo. Seus valores variam de 0 (zero; ajuste nulo) e 1 (um; ajuste perfeito), sendo admitidos os que são próximos ou superiores a 0,90 como indicativo de ajuste aceitável.

- *Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA)* = Este tem em conta intervalo de confiança de 90% (IC90%), referindo-se aos residuais entre o modelo teórico estimado e os dados empíricos obtidos. Valores altos são indicativos de um modelo não ajustado, recomendando-se valores próximos ou inferiores a 0,05; 0,08 é um valor comumente aceito, admitindo-se até 0,10 como referência de um modelo aceitável.

Na comparação dos modelos alternativos, além dos indicadores de ajuste apresentados acima, também foram considerados os indicadores: *CAIC* (*Consistent*

Akaike Information Criterion) e *ECVI* (*Expected Cross Validation Index*); valores menores de *CAIC* e *ECVI* sugerem um modelo mais adequado. Também foi testada a confiabilidade composta dos fatores, a qual indica se eles medem consistentemente seus respectivos construtos sendo o limite de aceitação algo em torno de 0,7, conforme apontam De Bem, Lanzer, Tambosi Filho, Sanchez e Junior, P. B. (2011).

4.2.2 Resultados e Discussões preliminares

Os resultados serão apresentados separadamente, conforme a ordem a seguir: a) Escala de Percepção de Ameaça frente à esquizofrenia; b) Escala de Rejeição a relações de intimidade frente à esquizofrenia; c) Escala de Percepção de inadequação ao padrão de normalidade; d) Escala de Exagero das diferenças grupais; e, e) Escala de Benevolência frente à esquizofrenia.

a) Escala de Percepção de Ameaça frente à esquizofrenia

Inicialmente, levando-se em conta os achados do estudo 1, realizou-se uma análise fatorial confirmatória testando-se a estrutura bifatorial da escala (*Modelo 1*) com os dois fatores correlacionados; os indicadores de ajuste para este modelo apresentaram-se satisfatórios. Entretanto, para efeito de comparação e afim de dirimir dúvidas optou-se por testar a estrutura unifatorial da escala (*Modelo 2*), bem como um modelo com dois fatores não correlacionados (*Modelo 3*). Os índices de ajuste para os três modelos testados são apresentados na Tabela 10.

Tabela 10. Índices de Ajuste dos Modelos Testados da Escala de Percepção de Ameaça Frente à Esquizofrenia

Modelos	χ^2 (gl)	χ^2/gl	GFI	AGFI	CFI	RMSEA (IC - 90%)	ECVI	CAIC
Modelo 1	68 (26)	2,61	0,93	0,88	0,92	0,09 (0,064-0,117)	0,53	187,62
Modelo 2	124,4 (27)	4,60	0,86	0,77	0,83	0,13 (0,11-0,15)	0,80	237,81
Modelo 3	143,3 (27)	5,30	0,88	0,80	0,80	0,14 (0,124-0,171)	0,90	256,67

Nota. Modelo 1= dois fatores correlacionados; Modelo 2= um fator; Modelo 3= dois fatores não correlacionados.

Efetuamos o teste da diferença de χ^2 entre o primeiro modelo em comparação com os outros dois modelos testados para verificar se há diferença significativa de qualidade do ajustamento dos modelos. Os resultados obtidos $\Delta \chi^2 (1) = 56,4$, ($p < 0,01$) na comparação dos modelos 1 e 2, e $\Delta \chi^2 (1) = 75,3$, ($p < 0,01$) na comparação dos modelos 1 e 3 evidenciam uma superioridade estatisticamente significativa para o modelo bifatorial correlacionado da escala de percepção de ameaça frente à esquizofrenia.

Nesse sentido, comparando-se os índices de ajuste dos três modelos, além dos indicadores complementares (*ECVI* e *CAIC*), verificou-se que o *Modelo 1* com dois fatores correlacionados mostrou-se superior aos outros; desse modo, observou-se que o fator 1 diz respeito ao Estereótipo de periculosidade e o fator 2 aos Estereótipos essencialistas, confirmando a estrutura bifatorial apresentada no estudo 1. Observou-se ainda, como esperado, uma relação positiva e forte entre os dois fatores. Na Figura 6 é apresentada a estrutura fatorial deste modelo.

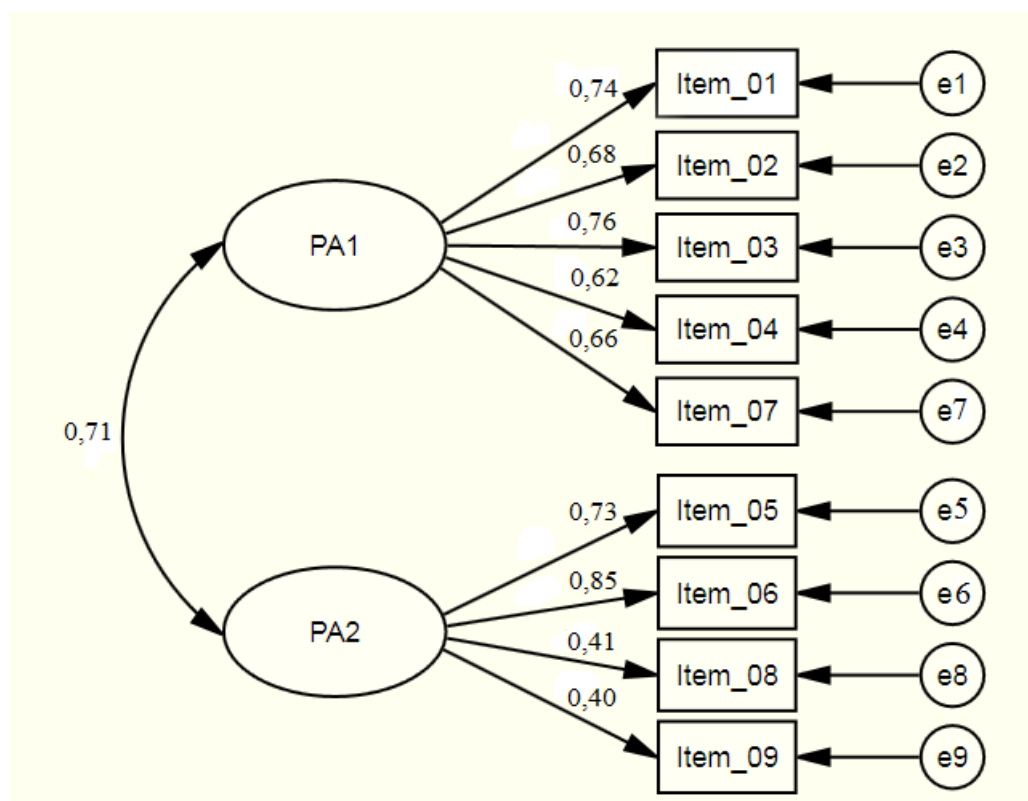


Figura 6. Estrutura fatorial do modelo da Escala de Percepção de ameaça frente à esquizofrenia com dois fatores correlacionados: PA1 (Estereótipo de periculosidade) e PA2 (Estereótipos essencialistas) e suas saturações.

Constatou-se que todas as saturações (λ , lambdas) foram estatisticamente diferentes de zero ($\lambda \neq 0$; $z > 1,96$, $p < 0,05$), variando de 0,40 à 0,85, com uma saturação média de 0,65. Realizou-se um teste de confiabilidade composta para o fator 1 constatando-se o valor de 0,82; e para o fator 2 o valor de 0,70, o que indica que ambos os fatores apresentam estabilidade na mensuração da percepção de ameaça frente à esquizofrenia. Diante dos resultados apresentados verifica-se a adequabilidade do modelo bifatorial, o qual apresenta indicadores satisfatórios de validade de construto e consistência interna.

Cabe mencionar a importância da adaptação desta escala para o contexto da esquizofrenia, uma vez que a percepção de ameaça frente a esse grupo social é algo que precisa ser melhor investigado, tendo em vista que a representação dos membros deste grupo como pessoas perigosas, imprevisíveis e animais é um dos fatores mais

importantes de sustentação do preconceito e da discriminação contra eles (Angermeyer et al., 2011; Angermeyer & Matschinger, 2004; Maciel et al., 2008). Assim, observa-se a existência de uma percepção de ameaça à integridade física do grupo social dominante, o que serve como justificativa para a rejeição social desses sujeitos.

b) Escala de Rejeição a relações de intimidade frente à esquizofrenia

Num primeiro momento, levando-se em conta os achados do estudo 1, realizou-se uma análise fatorial confirmatória testando-se a estrutura bifatorial da escala, isto é, agrupando no Fator 1 os itens 1, 2, 4, 7 e 8 que se referem a *Rejeição a Relações Indiretas de Intimidade* e o Fator 2 com os itens 3, 5, 6 e 9 que apontam para uma *Rejeição a Relações Diretas de Intimidade*, com esses dois fatores correlacionados (*Modelo 1*). Para efeito de comparação, decidiu-se testar um modelo com os dois fatores não correlacionados (*Modelo 2*) e um modelo unifatorial (*Modelo 3*). Os índices de ajuste estão dispostos na Tabela 11.

Tabela 11. Índices de Ajuste dos Modelos Testados da Escala de Rejeição a relações de intimidade

Modelos	χ^2 (gl)	χ^2/gl	GFI	AGFI	CFI	RMSEA (IC - 90%)	ECVI	CAIC
Modelo 1	173,21 (26)	6,66	0,84	0,72	0,82	0,16 (0,145-0,193)	1,061	292,88
Modelo 2	246,18 (27)	9,11	0,81	0,68	0,74	0,20 (0,179-0,225)	1,418	359,55
Modelo 3	247,90 (27)	9,18	0,77	0,61	0,74	0,20 (0,180-0,226)	1,427	361,27

Nota. Modelo 1= dois fatores correlacionados; Modelo 2= dois fatores não correlacionados; Modelo 3= um fator.

Verificou-se que o *Modelo 1* apresentou índices mais satisfatórios do que os outros modelos testados, no entanto, estes índices foram apenas marginalmente adequados; com base nisso, realizou-se a inspeção dos IMs (Índices de Modificação) para as saturações (Lambdas, λ) e os erros de medida (Deltas, δ), indicando que seria recomendável (IM = 39,41) correlacionar erros de medida dos itens 4 (Ter um(a) portador(a) de esquizofrenia

como colega de trabalho) e 3 (Ter um(a) portador(a) de esquizofrenia como seu(sua) chefe de trabalho), como também (IM = 15,22) correlacionar erros de medida dos itens 7 (Participar de festas onde esteja presente alguém que seja portador(a) de esquizofrenia) e 8 (Ter um(a) vizinho(a) que seja portador(a) de esquizofrenia). Procedendo desta forma, a estrutura fatorial resultante permitiu obter melhores indicadores de ajuste aos dados para o modelo proposto: $\chi^2 (24) = 91,71$, $p < 0,05$, $\chi^2/\text{gl} = 3,82$, GFI = 0,90, AGFI = 0,82, CFI = 0,92, RMSEA = 0,11 (IC90% = 0,094 - 0,145), ECVI = 0,672 e CAIC = 223,98.

Realizou-se o teste da diferença de χ^2 entre o primeiro modelo bifatorial modificado e o modelo 1 não modificado para verificar se há diferença significativa de qualidade do ajustamento dos modelos propostos. O resultado obtido de $\Delta \chi^2 (2) = 81,5$, ($p < 0,01$) evidencia uma superioridade no ajustamento do modelo modificado da escala de rejeição a relações de intimidade frente à esquizofrenia. Na Figura 7 é apresentada a estrutura fatorial deste modelo.

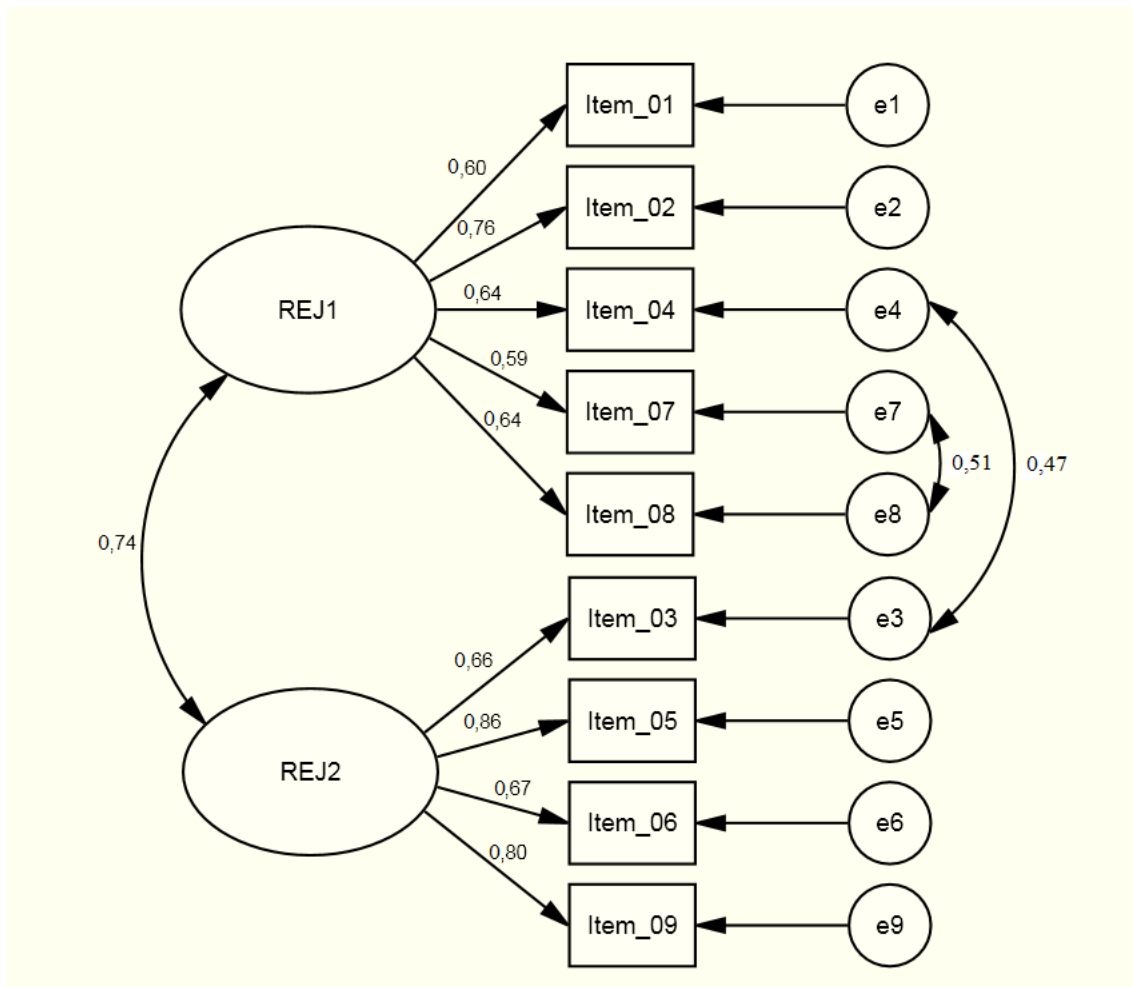


Figura 7. Estrutura fatorial do modelo da Escala de Rejeição a relações de intimidade frente à esquizofrenia com dois fatores correlacionados: REJ1 (Rejeição a relações indiretas) e REJ2 (Rejeição a relações diretas) e suas saturações.

Constatou-se que todas as saturações (λ , lambdas) foram estatisticamente diferentes de zero ($\lambda \neq 0$; $z > 1,96$, $p < 0,05$), variando de 0,59 à 0,86, com uma saturação média de 0,69. Realizou-se um teste de confiabilidade composta para o fator 1 constatando-se o valor de 0,78; e para o fator 2 o valor de 0,83, o que indica que ambos os fatores apresentam estabilidade na mensuração da rejeição a relações de intimidade frente à esquizofrenia. Diante dos resultados apresentados verifica-se a adequabilidade do modelo bifatorial, o qual apresenta indicadores satisfatórios de validade de construto e consistência interna.

Ressalta-se a importância da adaptação desta escala para o contexto da esquizofrenia, tendo em vista que a rejeição a relações de intimidade sejam elas diretas ou indiretas frente a esse grupo social é um indicador importante do preconceito e da discriminação de que eles são alvo (Angermeyer et al., 2011; Miranda & Furegato, 2002). Portanto, a adaptação desta escala para esse contexto possibilita que essa questão seja melhor investigada, inclusive em estudos correlacionais e experimentais.

c) Escala de Percepção de inadequação ao padrão de normalidade

Realizou-se uma análise fatorial confirmatória em que foi testada a estrutura unifatorial da escala, isto é, todos os seis itens saturando em um único fator geral (*Modelo 1*); decidiu-se compará-lo com outros dois modelos alternativos: o *Modelo 2*, com dois fatores correlacionados sendo os itens alocados conforme uma análise semântica (Fator 1: itens 3, 4 e 6; Fator 2: itens 1, 2 e 5); e, o *Modelo 3*, com dois fatores não correlacionados com os itens alocados de igual forma a do Modelo 2. Os índices de ajuste para os três modelos testados são apresentados na Tabela 12.

Tabela 12. Índices de Ajuste dos Modelos Testados da Escala de Percepção de inadequação ao padrão de normalidade

Modelos	χ^2 (gl)	χ^2/gl	GFI	AGFI	CFI	RMSEA (IC - 90%)	ECVI	CAIC
Modelo 1	72,2 (9)	8,0	0,88	0,73	0,82	0,18 (0,149-0,229)	0,483	147,76
Modelo 2	39,27 (8)	4,9	0,94	0,84	0,91	0,14 (0,098-0,185)	0,328	121,14
Modelo 3	93,14 (9)	10,34	0,88	0,73	0,77	0,21 (0,178-0,258)	0,589	168,72

Nota. Modelo 1= um fator; Modelo 2= dois fatores correlacionados; Modelo 3= dois fatores não correlacionados.

Comparando-se os índices de ajuste dos três modelos além dos indicadores complementares (*ECVI* e *CAIC*) verificou-se que o *Modelo 2* com dois fatores correlacionados é superior aos outros. Também foi realizado o teste da diferença de χ^2 entre o Modelo 2 em comparação com os outros dois modelos testados para verificar se

há diferença significativa de qualidade do ajustamento dos modelos. Os resultados obtidos $\Delta \chi^2 (1) = 32,93$, ($p < 0,01$) na comparação dos modelos 2 e 1, e $\Delta \chi^2 (1) = 53,87$, ($p < 0,01$) na comparação dos modelos 2 e 3 evidenciam uma superioridade estatisticamente significativa para o modelo bifatorial interrelacionado.

Desse modo, observou-se que o fator 1 denominado de *Percepção de incapacidade* agrupa melhor os itens que tratam a respeito de uma inadequação ao padrão de normalidade com base na incapacidade da pessoa com esquizofrenia. Já o fator 2 foi denominado de *Percepção de não esforço*, uma vez que a inadequação ao padrão é voltada para a ideia de que a pessoa com esquizofrenia não se esforça o suficiente para se enquadrar no padrão de normalidade vigente; assim, percebeu-se uma relação positiva e forte entre os dois fatores conforme pode ser visualizado na Figura 8.

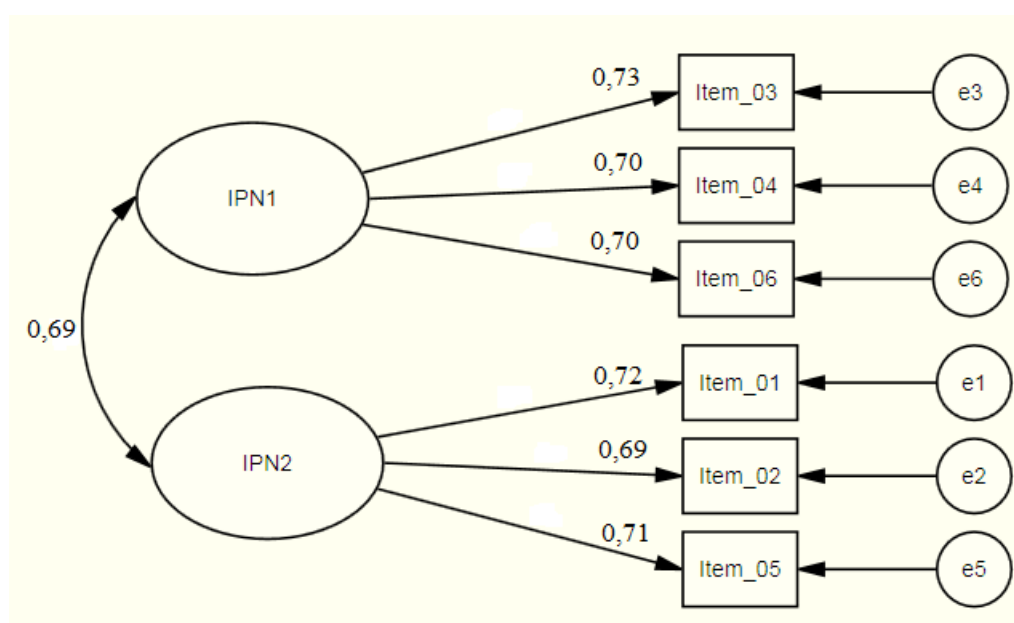


Figura 8. Estrutura fatorial do modelo da Escala de Percepção de inadequação ao padrão de normalidade com dois fatores correlacionados: IPN1 (Percepção de incapacidade) e IPN2 (Percepção de não esforço) e suas saturações.

Observou-se que todas as saturações (λ , lambdas) foram estatisticamente diferentes de zero ($\lambda \neq 0$; $z > 1,96$, $p < 0,05$), variando de 0,69 à 0,73, com uma saturação média de 0,70. Efetuou-se um teste de confiabilidade composta para o fator 1 constatando-se o valor de 0,75; e para o fator 2 o valor de 0,75, o que indica que ambos

os fatores apresentam estabilidade na mensuração da percepção de inadequação ao padrão de normalidade. Diante dos resultados apresentados verifica-se a adequabilidade do modelo bifatorial, o qual apresenta indicadores satisfatórios de validade de construto e consistência interna.

Importante destacar a necessidade da elaboração desta escala, tendo em vista que não se encontrou na literatura pesquisada um instrumento que avaliasse a percepção de inadequação ao padrão de normalidade vigente na sociedade no contexto do transtorno mental grave. Entretanto, encontrou-se resultado similar no estudo da versão brasileira da Escala de Racismo Moderno (Santos et al., 2006), em que um dos fatores da escala foi denominado de *negação do preconceito*. Os autores apontam que esse fator ressalta a ideia de que o preconceito não existe, sendo um artefato que tem beneficiado os negros, com itens como: “A discriminação não é um problema no Brasil” ou “Eles não necessitam de ajuda, apenas devem se esforçar”; desse modo, segundo os autores, enfoca-se a não existência do preconceito, relatando que os grupos minoritários devem enfrentar este problema sem ajuda especial. Tal questão também é tratada na subescala de defesa dos valores tradicionais que é um dos fatores que faz parte do preconceito sutil frente a imigrantes na Europa considerado por Pettigrew e Meertens (1995).

Nesse sentido, observa-se que a ideia de que as pessoas com esquizofrenia não ascendem socialmente ou porque não tem as condições necessárias ou porque não se esforçam o suficiente encontra respaldo em outros componentes do preconceito encoberto frente a outros grupos sociais. Portanto, a ideia subjacente é a de que o preconceito não existe, sendo a desigualdade justificada pelo fato de que é apenas por incapacidade ou por uma falta de esforço do grupo minoritário.

d) *Escala de Exagero das diferenças grupais*

Levando-se em conta os achados do estudo 1 realizou-se uma análise fatorial confirmatória testando-se a estrutura unifatorial da escala, isto é, todos os quatro itens saturando em um único fator geral. Os indicadores de ajuste para este modelo foram marginalmente satisfatórios [$\chi^2_{(2)}=19,82$, $p<0,05$; $\chi^2/gl = 9,91$; GFI = 0,96; AGFI = 0,79; CFI = 0,88; RMSEA = 0,21 (IC90% = 0,133 - 0,301); ECVI = 0,180; CAIC = 70,21]. Contudo, realizou-se a inspeção dos IMs (Índices de Modificação) para as saturações (Lambdas, λ) e os erros de medida (Deltas, δ), indicando que seria recomendável (IM = 7,95) correlacionar erros de medida dos itens 1 (Na expressão de sua agressividade) e 3 (No jeito que eles falam). Procedendo desta forma, a estrutura fatorial resultante permitiu obter melhores indicadores de ajuste aos dados para o modelo proposto: $\chi^2_{(1)} = 1,77$, $p < 0,05$, $\chi^2/gl = 1,77$, GFI = 0,99, AGFI = 0,95, CFI = 0,99, RMSEA = 0,062 (IC90% = 0,000 - 0,211), ECVI = 0,099 e CAIC = 58,46. Na Figura 9 é apresentada a estrutura fatorial deste modelo.

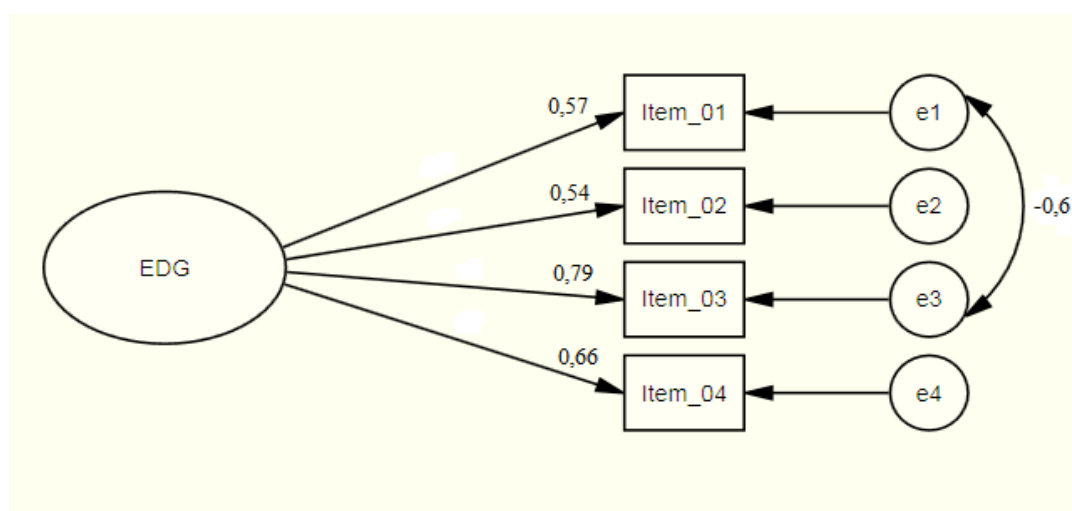


Figura 9. Estrutura fatorial do modelo da Escala de exagero das diferenças grupais com um fator e suas saturações.

Assim, observou-se que há uma covariância negativa do erro 1 com o erro 3, demonstrando que quanto maior a atribuição de agressividade, menor a atribuição da capacidade da fala dos portadores de esquizofrenia, ou o contrário. Esse dado pode ter

haver com o processo de desumanização desses sujeitos (Santos & Lima, 2012), uma vez que a capacidade verbal é caracterizada como algo civilizado, enquanto que mostrar uma agressividade incontrolável faz parte dos estereótipos que cercam esses indivíduos; talvez por isso essas variáveis caminhem de forma contrária entre si, pois destaca-se que essa relação negativa só se dá entre as variâncias exclusivas de cada item. Quando se verifica a variância compartilhada em relação ao construto do exagero das diferenças grupais os itens são respondidos sempre na direção de que qualquer um desses traços é diferenciador do endogrupo em relação ao exogrupo.

Todas as saturações (λ , lambdas) foram estatisticamente diferentes de zero ($\lambda \neq 0$; $z > 1,96$, $p < 0,05$), variando de 0,54 à 0,79, com uma saturação média de 0,64, como pode ser visto na Figura 9. Realizou-se um teste de confiabilidade composta constatando-se o valor de 0,73 o que indica que esta escala apresenta estabilidade na mensuração da percepção de exagero das diferenças grupais. Diante dos resultados apresentados verifica-se a adequabilidade do modelo unifatorial, o qual apresenta indicadores satisfatórios de validade de construto e consistência interna.

Destaca-se a importância da elaboração desta escala no contexto da esquizofrenia, uma vez que a investigação do exagero das diferenças entre os grupos se faz necessária para uma maior compreensão dos processos que envolvem o preconceito e a discriminação frente a esse grupo social. De maneira semelhante, a versão brasileira da Escala de Racismo Moderno (Santos et al., 2006) apresenta o fator *afirmação de diferenças*, o qual evidencia certa especificidade do coletivo negro, seja por sua aparência seja por habilidades básicas, com itens como: “Estão em moda suas danças pela sensualidade que expressam” ou “Possuem uma beleza diferente”. Os autores destacam que embora pareça como um elogio, a ideia subjacente é de que brancos e negros são realmente diferentes, correspondendo à noção central de um preconceito disfarçado, sutil

ou, simplesmente, moderno. Portanto, a elaboração da escala de exagero das diferenças grupais no contexto da esquizofrenia se justifica tendo em vista a importância dessa questão, principalmente no que diz respeito a investigação do preconceito sutil nessa amostra.

e) Escala de Benevolência frente à esquizofrenia

Realizou-se uma análise fatorial confirmatória testando-se a estrutura unifatorial da escala, isto é, todos os sete itens saturando em um único fator geral chamado de *Benevolência frente à esquizofrenia*. Os indicadores de ajuste para este modelo se mostraram satisfatórios [$\chi^2_{(14)} = 39,35$, $p < 0,05$; $\chi^2/gl = 2,81$; GFI = 0,94; AGFI = 0,88; CFI = 0,91, RMSEA = 0,095 (IC90% = 0,061 - 0,131), ECVI = 0,338 e CAIC = 127,52]. Todas as saturações (λ , lambdas) foram estatisticamente diferentes de zero ($\lambda \neq 0$; $z > 1,96$, $p < 0,05$), variando de 0,33 à 0,80, com uma saturação média de 0,55, como pode ser visto na Figura 10.

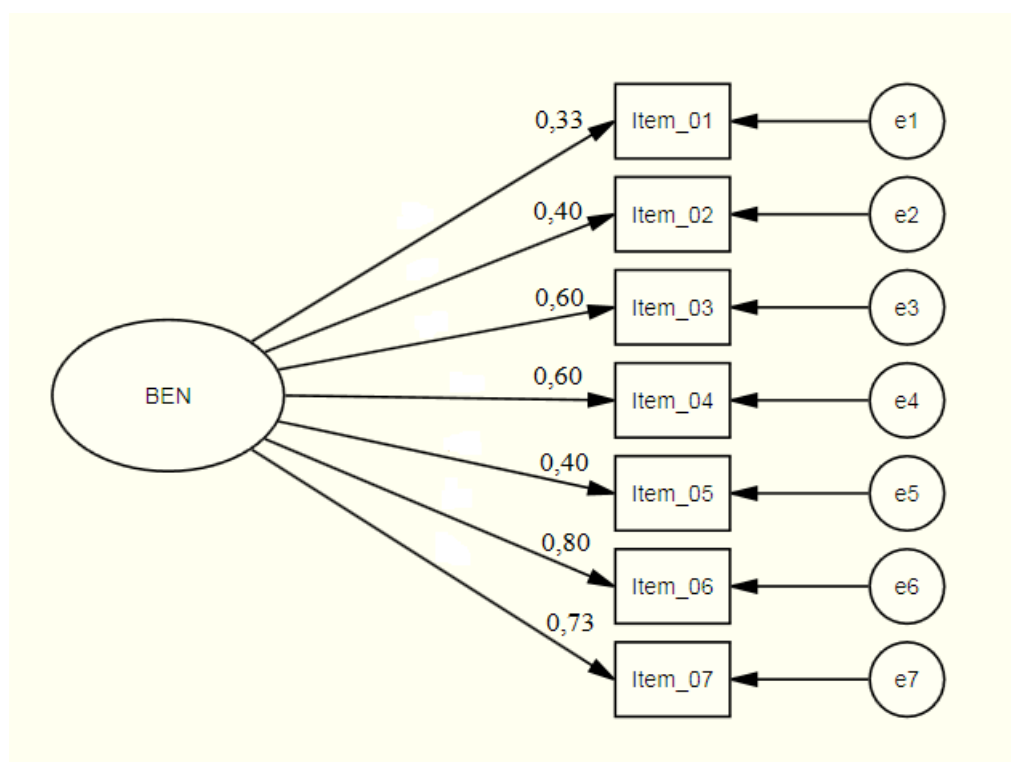


Figura 10. Estrutura fatorial do modelo da Escala de Benevolência frente à Esquizofrenia com um fator e suas saturações.

Efetuu-se um teste de confiabilidade composta constatando-se o valor de 0,76 o que indica que esta escala apresenta estabilidade na mensuração da benevolência frente à esquizofrenia. Diante dos resultados apresentados verifica-se a adequabilidade do modelo unifatorial, o qual apresenta indicadores satisfatórios de validade de construto e consistência interna.

É preciso destacar que a benevolência já é alvo de investigação na área da saúde/doença mental havendo alguns instrumentos que tem esse construto como um de seus fatores como, por exemplo: a *Opinions about Mental Illness* (OMI) (Cohen & Struening, 1962), a *Community attitudes towards the mentally III* (CAMI) (Taylor & Dear, 1981) e a Escala de Atitudes frente ao Doente Mental (EADM) (Dantas, 2014). Entretanto, observa-se que tais escalas não consideram o aspecto exageradamente dependente e infantil atribuído a pessoa com esquizofrenia (Maciel et al., 2008); tal questão justifica a elaboração da presente escala, pois esse aspecto parece ser importante no estudo da atitude benevolente.

É importante mencionar também que em comparação com outras escalas de benevolência esta apresenta algumas características que são peculiares: primeiramente, é um instrumento direcionado especificamente para o preconceito frente à esquizofrenia, sendo as demais escalas voltadas para as doenças mentais de um modo geral; nesse sentido, para quem investiga essa condição em particular essa escala pode ser de muita utilidade. Além disso, a presente escala apresenta o aspecto infantilizado e exageradamente dependente da benevolência, característica que não consta nas outras escalas que medem esse construto. Esse instrumento também se mostra mais parcimonioso contendo apenas 7 itens de fácil entendimento pela população universitária, apresentando boa consistência interna e validade de construto.

ESTUDO III

ESTUDO III

4.3 – Modelo de medida do Preconceito Flagrante e Sutil frente à esquizofrenia e seus correlatos explicativos

Objetivo: Testar o modelo de medida do preconceito flagrante e do preconceito sutil frente à esquizofrenia, identificando os estereótipos e as crenças causais como variáveis explicativas.

Objetivos específicos:

- Comparar o modelo de medida do preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia proposto no presente estudo com outros modelos alternativos;
- Verificar se há diferença no preconceito flagrante e sutil em relação à pessoas que convivem ou não com alguém com esquizofrenia, como também em relação às áreas de conhecimento dos estudantes universitários (saúde ou humanas);
- Correlacionar os estereótipos da esquizofrenia com o preconceito flagrante e sutil;
- Verificar se há diferença nos estereótipos em relação à pessoas que convivem ou não com alguém com esquizofrenia, como também em relação às áreas de conhecimento dos estudantes universitários (saúde ou humanas);
- Correlacionar as crenças causais da esquizofrenia com o preconceito flagrante e sutil;
- Verificar se há diferença nas crenças causais da esquizofrenia em relação à pessoas que convivem ou não com alguém com esquizofrenia, como também em relação às áreas de conhecimento dos estudantes universitários (saúde ou humanas).

4.3.1 Método

4.3.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo correlacional de cunho quantitativo.

4.3.1.2 Participantes e local

Participaram deste estudo 200 estudantes de graduação de universidades públicas e privadas das cidades de João Pessoa e Patos localizadas no Estado da Paraíba, com idades entre 17 e 56 anos ($M=29,1$; $DP=8,52$), em maior parte do sexo feminino (82,7%). A maioria dos estudantes foi do curso de enfermagem (61,8%) e psicologia (24,6%). Do conjunto da amostra, 89,9% afirmou não conviver com uma pessoa com esquizofrenia. Tratou-se de uma amostra de conveniência, não-probabilística e intencional.

4.3.1.3 Instrumentos

Para esse estudo foram utilizados sete instrumentos (Ver nos apêndices), os quais serão descritos a seguir:

Para a investigação do preconceito flagrante foram usadas as seguintes escalas:

1) *Escala de Percepção de Ameaça frente à esquizofrenia* – Esta escala foi inicialmente elaborada e validada por Maciel et al. (2017, *no prelo*), e validada no estudo 1 e 2 do presente trabalho para o contexto da esquizofrenia, na amostra de estudantes universitários paraibanos. Esse instrumento é composto por nove itens e possui dois fatores: F1=Estereótipo de periculosidade (Itens 1, 2, 3, 4 e 7) e F2=Estereótipos essencialistas (Itens 5, 6, 8 e 9), com escala de resposta do tipo Likert, variando de (1) “Discordo totalmente” a (5) “Concordo totalmente”. Os fatores apresentam índices de confiabilidade composta satisfatórios ($F1= 0,82$ e $F2= 0,70$).

2) *Escala de Rejeição a relações de intimidade frente à esquizofrenia* - Esta escala é uma adaptação do instrumento de Pettigrew e Meertens (1995) que foi validada na

amostra de estudantes universitários paraibanos para o contexto da esquizofrenia no estudo 1 e 2 do presente trabalho. É composta por nove itens que descrevem situações cotidianas relacionadas à rejeição de intimidade com o portador de esquizofrenia. Os participantes indicam o quanto se sentem incomodados em cada situação descrita nos itens; desse modo, a escala de resposta foi do tipo Likert e variou de (1) “Nem um pouco incomodado” a (5) “Muito incomodado”. A escala possui dois fatores: F1= Rejeição a relações indiretas (Itens 1, 2, 4, 7 e 8) e F2= Rejeição a relações diretas (Itens 3, 5, 6 e 9). Os fatores apresentam índices de confiabilidade composta satisfatórios (F1= 0,78 e F2= 0,83).

Para a investigação do preconceito sutil foram usadas as seguintes escalas:

3) *Escala de Percepção de inadequação ao padrão de normalidade* – Esta escala foi criada e validada no estudo 1 e 2 do presente trabalho e avalia a percepção de inadequação das pessoas com esquizofrenia ao padrão de normalidade vigente na sociedade. A escala é composta por seis itens e possui dois fatores: F1=Percepção de incapacidade (Itens 3, 4 e 6) e F2=Percepção de não esforço (Itens 1, 2 e 5), tendo uma escala de resposta do tipo Likert, variando de (1) “Discordo totalmente” a (5) “Concordo totalmente”. Os fatores apresentam índices de confiabilidade composta satisfatórios (F1= 0,75 e F2= 0,75).

4) *Escala de Exagero das diferenças grupais* – Esta escala foi elaborada e validada no estudo 1 e 2 do presente trabalho, contendo quatro itens que avaliam a percepção em relação à diferença que o participante acredita que existe entre ele e alguém com esquizofrenia. A escala de resposta é do tipo Likert e os participantes tinham que opinar quão semelhantes ou diferentes eles achavam que os portadores de esquizofrenia eram em relação a pessoas como eles, variando de (1) “Muito semelhantes” a (5) “Muito diferentes”. Apresenta índice de confiabilidade composta satisfatório (0,73).

5) *Escala de Benevolência frente à esquizofrenia* – Esta escala foi elaborada e validada no estudo 1 e 2 do presente trabalho na amostra de estudantes universitários paraibanos, avaliando a atitude benevolente frente à esquizofrenia. O instrumento possui sete itens é unifatorial e tem uma escala de resposta do tipo Likert, variando de (1) “Discordo totalmente” a (5) “Concordo totalmente”. Apresenta índice de confiabilidade composta satisfatório (0,76).

Para a investigação dos estereótipos frente à esquizofrenia foi usada a seguinte escala:

6) *Escala de estereótipos frente à esquizofrenia* – Esta escala foi construída e validada por Melo e Maciel (2016) na amostra de estudantes universitários paraibanos. O instrumento possui seis itens e dois fatores: F1=Componentes Positivos do estereótipo (Itens: “criativo”, “capaz” e “inteligente”, $\alpha=0,61$) e F2=Componentes Negativos do estereótipo (Itens: “perigoso”, “imprevisível” e “digno de pena”, $\alpha=0,53$). Os participantes foram instruídos a indicarem numa escala de 1 (nada) a 5 (muito) em que medida eles consideravam que o portador de esquizofrenia era.

Para a investigação das crenças causais sobre a esquizofrenia foi usada a seguinte escala:

7) *Escala de Crenças sobre a Doença Mental* – Esta escala foi construída e validada por Maciel, Pereira, Lima e Souza (2015) com estudantes universitários paraibanos. O instrumento possui 30 itens e seis fatores: F1= *Crenças Psicológicas* (Itens 4, 13, 18, 25 e 29; $\alpha=0,75$) as quais tratam da natureza psicológica da doença mental; F2= *Crenças Socioeconômicas* (Itens 6, 21, 23, 26 e 30; $\alpha=0,79$) que diz respeito às crenças de que a doença mental surge a partir de questões de ordem econômica; F3= *Crenças Biológicas* (Itens 7, 10, 12, 16 e 28; $\alpha=0,72$) que falam sobre a natureza orgânica da doença mental; F4= *Crenças Religiosas* (Itens 3, 8, 17, 22 e 27; $\alpha=0,84$) que agrupam as

explicações sobre uma suposta natureza religiosa ou sobrenatural da doença mental; F5= *Crenças relacionadas ao uso de drogas* (Itens 5, 9, 15, 20 e 24; $\alpha=0,81$) que se refere à doença mental como surgindo a partir do abuso de drogas; e, F6= *Crenças Contingenciais* (Itens 1, 2, 11, 14 e 19; $\alpha=0,80$) que engloba as causas da doença mental por motivos externos e/ou acidentais. A escala de resposta é do tipo Likert e variou de (1) “Discorda totalmente” a (5) “Concorda totalmente”. Para esse estudo, os participantes foram instruídos a pensarem na esquizofrenia como a doença mental proposta.

Os estudantes também responderam perguntas acerca do sexo, idade, curso e se conviviam com algum portador de esquizofrenia.

4.3.1.4 Considerações éticas e procedimento de coleta de dados

Foram seguidos os mesmos procedimentos éticos e de coleta de dados descritos no Estudo 1.

4.3.1.5 Análise dos dados

Para a efetuação das análises dos dados foram utilizados os programas estatísticos SPSS (*Pacote Estatístico para Ciências Sociais*) para Windows versão 21.0, para análises multivariadas como correlações de Pearson e regressões múltiplas com o método *stepwise*. Esse método de regressão múltipla foi escolhido com base em Field (2009) que aponta que ele é adequado para análises exploratórias do modelo.

O programa AMOS também foi usado para realizar análises fatoriais confirmatórias, tendo em conta a matriz de covariância e adotando o estimador ML (Máxima Verossimilhança). Os casos omissos (*missing data*) foram substituídos pela média das respostas obtidas em cada item. Para conhecer o ajuste do modelo proposto e compará-lo com modelos alternativos foram utilizados os mesmos indicadores descritos na seção de análise dos dados do estudo 2.

4.3.2 Resultados e Discussões preliminares

Os resultados e discussões deste estudo serão divididos em quatro seções: a) Teste do Modelo de medida do Preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia; b) Preconceito flagrante e sutil e seus correlatos explicativos com base nos estereótipos da esquizofrenia; c) Preconceito flagrante e sutil e seus correlatos explicativos com base nas crenças causais da esquizofrenia; e, d) Modelo do preconceito flagrante e do preconceito sutil com base nos estereótipos e crenças causais: síntese dos resultados.

a) Teste do Modelo de medida do Preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia

Objetivou-se testar o modelo de medida do preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia; para isso foram testados alguns modelos de medida apresentados a seguir:

Modelo 1 – dois fatores correlacionados: *Preconceito Flagrante*, reunindo os elementos: 1) Estereótipo de perigo (PA1); 2) Estereótipos essencialistas (PA2); 3) Rejeição a relações indiretas (REJ1); e 4) Rejeição a relações diretas (REJ2) e *Preconceito Sutil*, agrupando os elementos: 5) Percepção de incapacidade (IPN1); 6) Percepção de não esforço (IPN2); 7) Exagero das diferenças grupais (EDG); e 8) Benevolência (BEN).

Modelo 2 – dois fatores não correlacionados: *Preconceito Flagrante*, reunindo os elementos: 1) Estereótipo de perigo (PA1); 2) Estereótipos essencialistas (PA2); 3) Rejeição a relações indiretas (REJ1); e 4) Rejeição a relações diretas (REJ2) e *Preconceito Sutil*, agrupando os elementos: 5) Percepção de incapacidade (IPN1); 6) Percepção de não esforço (IPN2); 7) Exagero das diferenças grupais (EDG); e 8) Benevolência (BEN).

Modelo 3 – estrutura unifatorial com todos os elementos (Estereótipo de perigo, Estereótipos essencialistas, Rejeição a relações indiretas, Rejeição a relações diretas,

Percepção de incapacidade, Percepção de não esforço, Exagero das diferenças grupais e Benevolência) agrupados em torno de um fator só denominado Preconceito geral.

Modelo 4 – estrutura com dois fatores correlacionados, tendo a benevolência como elemento do preconceito flagrante.

Modelo 5 – estrutura com dois fatores correlacionados, tendo a inadequação ao padrão de normalidade em função da percepção de incapacidade como elemento do preconceito flagrante.

Modelo 6 - estrutura com dois fatores correlacionados, tendo a inadequação ao padrão de normalidade em função da percepção de não esforço como elemento do preconceito flagrante.

Modelo 7 - estrutura com dois fatores correlacionados, tendo o exagero das diferenças grupais como elemento do preconceito flagrante.

Os índices de ajuste para os sete modelos testados são apresentados na Tabela 13.

Tabela 13. Índices de Ajuste dos Modelos Testados para a medida do Preconceito Flagrante e Preconceito Sutil.

Modelos	χ^2 (gl)	χ^2/gl	GFI	AGFI	CFI	RMSEA (IC - 90%)	ECVI	CAIC
Modelo 1	83,46 (19)	4,39	0,90	0,82	0,86	0,13 (0,103-0,160)	0,590	190,53
Modelo 2	121,94 (20)	6,09	0,87	0,77	0,79	0,16 (0,133-0,188)	0,774	222,71
Modelo 3	138,60 (20)	6,93	0,84	0,72	0,75	0,17 (0,146-0,200)	0,857	239,38
Modelo 4	89,96 (19)	4,73	0,90	0,81	0,85	0,13 (0,109-0,166)	0,623	197,03
Modelo 5	129,67 (19)	6,82	0,86	0,75	0,77	0,17 (0,144-0,200)	0,823	236,75
Modelo 6	116,54 (19)	6,13	0,87	0,76	0,79	0,16 (0,133-0,189)	0,757	223,61
Modelo 7	101,20 (19)	5,32	0,89	0,79	0,83	0,14 (0,120-0,176)	0,679	208,27

Nota. Modelo 1= dois fatores correlacionados; Modelo 2= dois fatores não correlacionados; Modelo 3= um fator geral; Modelo 4= com a benevolência como elemento do PF; Modelo 5= com a percepção de incapacidade como elemento do PF; Modelo 6= com a percepção de não esforço como elemento do PF; Modelo 7 = com o Exagero das diferenças grupais como elemento do PF.

Comparando-se os índices de ajuste dos sete modelos além dos indicadores complementares (*ECVI* e *CAIC*) verificou-se que o *Modelo 1* com dois fatores

correlacionados é superior aos outros modelos testados. A inspeção dos IMs (Índices de Modificação) para as saturações (Lambdas, λ) e os erros de medida (Deltas, δ), indicou que seria recomendável (IM = 21,21) correlacionar os erros de medida da percepção de ameaça em função dos estereótipos essencialistas (PA2) e da benevolência (BEN). Procedendo desta forma, a estrutura fatorial resultante permitiu obter melhores indicadores de ajuste aos dados para o modelo proposto: $\chi^2 (18) = 61,03$, $p < 0,05$, $\chi^2/\text{gl} = 3,39$, GFI = 0,93, AGFI = 0,86, CFI = 0,91, RMSEA = 0,11 (IC90% = 0,080 - 0,140), ECVI = 0,488 e CAIC = 174,39.

Efetuamos o teste da diferença de χ^2 entre o modelo 1 modificado em comparação com o modelo 1 sem modificação e também a comparação do modelo 1 modificado com o modelo 4 que apresentou valores residuais semelhantes aos que se pode observar no modelo 1 não modificado. Os resultados obtidos $\Delta \chi^2 (1) = 22,43$, ($p < 0,01$) na comparação dos modelos 1 com a modificação e modelo 1 sem modificação, e $\Delta \chi^2 (1) = 28,93$, ($p < 0,01$) na comparação dos modelos 1 (modificado) e o modelo 4 evidenciam uma superioridade estatisticamente significativa para o modelo bifatorial da medida de preconceito (Modelo 1 modificado). Na Figura 11 é apresentada a estrutura fatorial deste modelo.

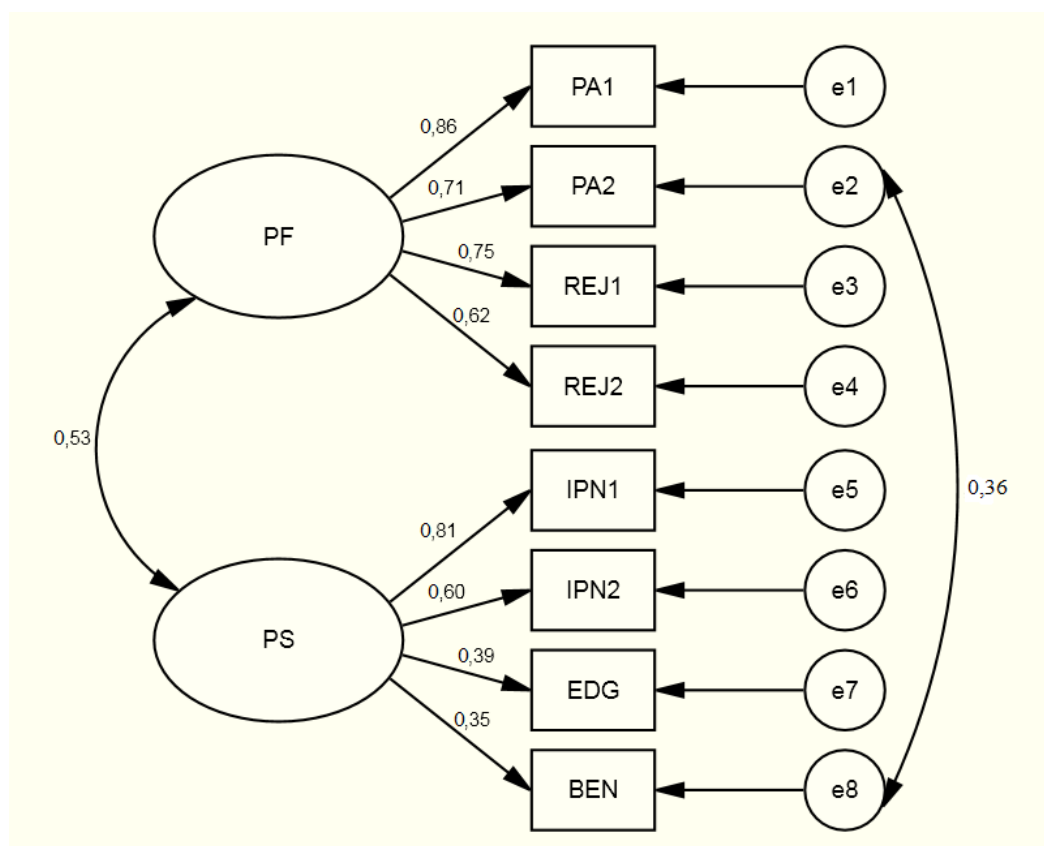


Figura 11. Estrutura fatorial do modelo de medida do Preconceito Flagrante (PF) e Preconceito Sutil (PS) com dois fatores correlacionados e suas saturações. Estereótipo de perigo (PA1); Estereótipos essencialistas (PA2); Rejeição a relações indiretas (REJ1); Rejeição a relações diretas (REJ2); Percepção de incapacidade (IPN1); Percepção de não esforço (IPN2); Exagero das diferenças grupais (EDG); Benevolência (BEN).

Todas as saturações (λ , lambdas) foram estatisticamente diferentes de zero ($\lambda \neq 0$; $z > 1,96$, $p < 0,05$), variando de 0,35 à 0,86, com uma saturação média de 0,64, como pode ser visto na Figura 11. Também se efetuou um teste de confiabilidade composta para o fator 1 (PF) constatando-se o valor de 0,82; e para o fator 2 (PS) o valor de 0,63, sendo este último valor considerado aceitável quando se trata de pesquisas psicológicas. Desse modo, pode-se dizer que os dois fatores apresentados mensuram de forma confiável o preconceito flagrante e o preconceito sutil frente à esquizofrenia. O valor da confiabilidade composta dos fatores como um todo também foi satisfatório (0,85).

Desse modo, confirma-se a hipótese principal do presente estudo que concebe que o preconceito frente à esquizofrenia pode ser expresso tanto de forma flagrante quanto de

forma sutil por meio de elementos que são aceitáveis socialmente e reproduzem uma forma preconceituosa de lidar com o indivíduo com esquizofrenia. Destaca-se que o *Modelo 1* proposto foi superior ao *Modelo 3* ($\Delta \chi^2 (2) = 77,57, p < 0,01$), o qual preconiza um único fator geral de preconceito; assim, pode-se dizer que há evidências empíricas para mostrar que há a forma encoberta de expressão do preconceito frente à esquizofrenia. Este resultado está em conformidade com os estudos na área do preconceito que tratam das chamadas “novas” formas de expressão (Katz & Hass, 1988; Kinder & Sears, 1981; Pedersen & Walker, 1997; Pettigrew & Meertens, 1995; Turra & Venturi, 1995).

Como uma informação complementar aos resultados apresentados, buscou-se verificar se havia diferença no preconceito flagrante e no preconceito sutil entre pessoas que convivem e pessoas que não convivem com alguém com esquizofrenia. Os resultados são mostrados na Tabela 14 e indicam que na amostra estudada não há diferença estatisticamente significativa.

Tabela 14. Médias, Desvio-padrão e Test-t do preconceito flagrante e sutil em função da convivência com alguém com esquizofrenia.

Variáveis	Convívio	M	DP	t
Preconceito Flagrante	Sim	2,71	0,67	0,43
	Não	2,63	0,76	
Preconceito Sutil	Sim	2,89	0,44	1,15
	Não	2,74	0,57	

*p<0,05

**p<0,01

Este resultado vai de encontro com pesquisas que mostram que quanto maior o contato com a esquizofrenia menor o preconceito (Arvaniti et al., 2009; Corrigan et al., 2001; Corrigan et al., 2003); entretanto, não há um consenso acerca dessa questão, pois os resultados das pesquisas são contraditórios.

Buscou-se ainda verificar se havia diferença no preconceito flagrante e no preconceito sutil em função da área do conhecimento dos estudantes universitários estudados, se pertencentes a área de saúde (englobando os cursos de enfermagem,

fisioterapia, nutrição e ciências biológicas) ou humanas (compreendendo os cursos de psicologia, direito, serviço social, administração, jornalismo, dentre outros). Os resultados são mostrados na Tabela 15 e revelam que os estudantes universitários dos cursos na área da saúde são mais preconceituosos tanto na manifestação flagrante, como sutil.

Tabela 15. Médias, Desvio-padrão e Test-t do preconceito flagrante e sutil em função da área de conhecimento.

Variáveis	Área de conhecimento	M	DP	t
Preconceito Flagrante	Saúde	2,82	0,72	4,51**
	Humanas	2,32	0,73	
Preconceito Sutil	Saúde	2,92	0,50	6,70**
	Humanas	2,41	0,49	

*p<0,05

**p<0,01

Este resultado é corroborado pelo estudo de Querido, Tomás e Carvalho (2016) que mostram que os estudos realizados no âmbito do ensino superior revelam a presença de preconceito acentuado nos estudantes de saúde comparativamente a estudantes de outros cursos. Provavelmente isto ocorre pelo predomínio do modelo biomédico de saúde nesta área, o qual concebe a doença como um desvio da normalidade e o ser humano como uma máquina que eventualmente quebra alguma peça; trata-se, portanto, de uma visão reducionista, contrapondo-se a uma perspectiva mais holística e integral da vida humana.

b) Preconceito flagrante e sutil e seus correlatos explicativos com base nos estereótipos da esquizofrenia

Primeiramente correlacionou-se os estereótipos positivos e negativos da esquizofrenia com o preconceito flagrante e o preconceito sutil, conforme pode ser visto na Tabela 16.

Tabela 16. Correlações de *Pearson* entre os Estereótipos da esquizofrenia e o Fator geral de Preconceito Flagrante (PrecF) e o Fator geral de Preconceito Sutil (PrecS)

Fatores	PrecF	PrecS
Estereótipos positivos	-0,04	-0,11
Criativo	-0,01	-0,02
Capaz	-0,05	-0,16*
Inteligente	-0,03	-0,07
Estereótipos negativos	0,57**	0,34**
Perigoso	0,66**	0,30**
Imprevisível	0,33**	0,14*
Digno de pena	0,22**	0,26**

Nota. ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. Onde lê-se “estereótipos positivos” e “estereótipos negativos” são os itens considerados em conjunto. O fator geral do preconceito flagrante foi formado a partir da média dos elementos: estereótipo de perigo, estereótipos essencialistas, rejeição a relações indiretas e rejeição a relações diretas. O fator geral do preconceito sutil foi formado a partir da média dos elementos: percepção de incapacidade, percepção de não esforço, benevolência e exagero das diferenças grupais.

Por meio da Tabela 16 pode-se observar que os estereótipos negativos estão positivamente correlacionados tanto com o preconceito flagrante, quanto com o preconceito sutil, destacando-se com uma relação mais forte o estereótipo de periculosidade. O traço positivo de capacidade pontuou de modo negativo no preconceito sutil justamente porque predomina o estereótipo de incapacidade acerca da pessoa com esquizofrenia; várias pesquisas corroboram esses achados (Angermeyer & Matschinger, 2004; Angermeyer & Matschinger, 2005; Loureiro et al., 2008; Ross & Goldner, 2009).

Efetuuou-se ainda uma regressão linear múltipla (método *stepwise*) com o intuito de estimar em que medida os estereótipos da esquizofrenia correlacionados com o preconceito flagrante explicam esta forma de preconceito. Neste cálculo, com vistas ao aprofundamento da análise, optou-se por analisar os componentes do estereótipo de forma individual; assim, tiveram-se como variáveis antecedentes: Perigoso, Imprevisível e Digno de pena; e, como variável consequente, o Preconceito Flagrante. Os resultados mostraram que o único estereótipo estudado que explicou o Preconceito flagrante foi o de periculosidade, sendo este responsável por 44% ($R^2 = 0,44$) da variação do Preconceito Flagrante ($R^2_{\text{ajustado}} = 0,44$; $F = 158,39$, $p < 0,01$; $B = 0,43$; $Beta = 0,66$; $t = 12,58$, $p < 0,01$).

Este dado é corroborado com os resultados do estudo 1 do presente trabalho que mostram a percepção de perigo altamente relacionado com o preconceito flagrante.

Procurou-se ainda efetuar uma regressão linear múltipla (método *stepwise*) com o intuito de estimar em que medida os estereótipos da esquizofrenia associados com o preconceito sutil explicam esta forma de preconceito. Desse modo, tiveram-se como variáveis antecedentes os estereótipos: perigoso, digno de pena, capaz e imprevisível; e, como variável consequente, o preconceito Sutil. Os resultados estão resumidos na Tabela 17.

Tabela 17. Regressão linear múltipla (método *stepwise*) do Preconceito Sutil tendo os estereótipos como variáveis preditoras.

Variáveis antecedentes	R ²	R ² _{ajustado}	F	B	Beta	T
Modelo 1						
Perigoso	0,09	0,09	20,90**	0,14	0,30	4,57**
Modelo 2						
Perigoso	0,14	0,13	16,08**	0,12	0,26	3,97**
Digno de Pena				0,09	0,21	3,20**
Modelo 3						
Perigoso	0,18	0,17	14,85**	0,13	0,29	4,42**
Digno de pena				0,09	0,22	3,35**
Capaz				-0,10	-0,21	-3,28**

**p<0,01

De acordo com a Tabela 17 constatou-se que o modelo com os estereótipos de periculosidade, pena e o de incapacidade explica 18% ($R^2=0,18$) do preconceito sutil; observou-se que o estereótipo de imprevisibilidade não predisse este tipo de manifestação preconceituosa. É preciso destacar ainda que não existe colinearidade entre as variáveis previsoras, uma vez que a tolerância (*Tolerance*) e o Fator de Inflação da Variância (*VIF*) das variáveis previsoras são $>0,1$ e <10 , respectivamente. Assim, o segundo e o terceiro previsor tem uma probabilidade maior de ser responsável por uma variância dos resultados do que quando existia um único previsor.

Como uma informação complementar aos resultados apresentados, buscou-se verificar se havia diferença nos estereótipos da esquizofrenia entre pessoas que convivem

e pessoas que não convivem com alguém nesta condição. Os resultados são mostrados na Tabela 18 e indicam que na amostra estudada não há diferença estatisticamente significativa.

Tabela 18. Médias, Desvio-padrão e Test-t dos estereótipos da esquizofrenia em função da convivência com alguém com esquizofrenia.

Variáveis	Convívio	M	DP	t
Estereótipos positivos	Sim	3,82	1,01	0,51
	Não	3,71	0,87	
Estereótipos negativos	Sim	3,00	0,75	0,01
	Não	3,00	0,81	

*p<0,05

**p<0,01

Buscou-se ainda verificar se havia diferença nos estereótipos em função da área do conhecimento dos estudantes universitários, se pertencentes a área de saúde ou humanas. Os resultados são mostrados na Tabela 19 e revelam que os estudantes universitários dos cursos na área da saúde estereotipam mais negativamente as pessoas com esquizofrenia quando comparados com os estudantes da área de humanas.

Tabela 19. Médias, Desvio-padrão e Test-t dos estereótipos em função da área de conhecimento.

Variáveis	Área de conhecimento	M	DP	t
Estereótipos positivos	Saúde	3,72	0,89	0,20
	Humanas	3,69	0,85	
Estereótipos negativos	Saúde	3,19	0,85	3,79**
	Humanas	2,73	0,67	

*p<0,05

**p<0,01

Este resultado é corroborado pelo estudo de Querido et al. (2016) que mostra que os estudantes de saúde evidenciam maior estereótipo de periculosidade e imprevisibilidade, comparativamente aos outros estudantes.

c) Preconceito flagrante e sutil e seus correlatos explicativos com base nas crenças essencialistas a respeito das causas da esquizofrenia

Objetivou-se ainda correlacionar as crenças causais da esquizofrenia com o preconceito flagrante e o sutil. Na Tabela 20 podem ser observadas as correlações das crenças causais com os fatores gerais dos distintos tipos de preconceito.

Tabela 20. Correlações de *Pearson* entre as crenças causais da esquizofrenia e o Fator geral de Preconceito Flagrante (PrecF) e o Fator geral de Preconceito Sutil (PrecS)

Crenças causais	PrecF	PrecS
Psicológicas	0,21**	0,13
Socioeconômicas	0,20**	0,19**
Biológicas	0,05	0,03
Religiosas	0,30**	0,39**
Uso de drogas	0,18**	0,09
Contingenciais	0,20**	0,22**

Nota. ** $p < 0,01$. O fator geral do preconceito flagrante foi formado a partir da média dos elementos: estereótipo de perigo, estereótipos essencialistas, rejeição a relações indiretas e rejeição a relações diretas. O fator geral do preconceito sutil foi formado a partir da média dos elementos: percepção de incapacidade, percepção de não esforço, benevolência e exagero das diferenças grupais.

Constatou-se que as crenças psicológicas (as quais englobam problemas emocionais, de estresse e traumas ocorridos na infância), socioeconômicas (como a pobreza, o desemprego e a falta de uma alimentação que supra as necessidades mínimas do indivíduo), de uso de drogas (consumo excessivo de drogas), contingenciais (os acidentes, os traumatismos cranianos e o estudo em excesso) e mais fortemente as religiosas (as quais estão vinculadas à vontade de entidades religiosas que fogem ao controle individual, mas também envolvem a falta de fé e a fraqueza do indivíduo) se correlacionaram de modo positivo com o preconceito flagrante.

Estes resultados mostram que estas crenças se correlacionam com a manifestação aberta do preconceito, podendo serem usadas como justificativas, legitimando a percepção de ameaça atribuída a pessoa com esquizofrenia, bem como a rejeição de relações de intimidade para com elas. Lacerda et al. (2002) apontam que a análise dessas crenças é fundamental porque as representações sobre a natureza dos grupos sociais funcionam como princípios organizadores que motivam a expressão de preconceito e

discriminação. Estudos têm mostrado empiricamente que determinadas crenças sobre a natureza dos grupos sociais motivam a expressão de preconceito e discriminação contra estes grupos (Pereira, Torres, Falcão & Pereira, 2013; Read et al., 2006).

Com relação ao preconceito sutil, observou-se que as crenças socioeconômicas, religiosas e contingenciais foram as que se destacaram como correlacionadas a esse tipo de manifestação preconceituosa. É interessante destacar que estas 3 crenças possuem de maneira geral características que atribuem as causas da esquizofrenia a fatores externos ao indivíduo, seja por questões ambientais socioeconômicas, seja por questões que fogem ao controle do indivíduo porque são de cunho sobrenaturais ou porque foram vítimas de acidentes o que também foge ao seu controle. Traçando um paralelo com as crenças causais correlacionadas ao preconceito flagrante, observa-se essas mesmas crenças acrescentando-se as psicológicas e as de uso de drogas, as quais pressupõem um controle maior por parte do indivíduo ou uma atribuição a fatores internos do sujeito.

De modo que, nesse contexto, os resultados parecem sugerir que o preconceito sutil está mais justificado por crenças causais externas; nesse sentido, a pessoa com esquizofrenia não teria “culpa” por ter a doença. Por outro lado, parece que o preconceito flagrante além da atribuição a causas externas está também justificado por crenças causais internas, que colocam no indivíduo uma carga de culpa pela sua condição, seja por fraqueza de caráter por ter vindo de uma família desestruturada, seja porque não teve força para administrar eventos difíceis e situações estressantes na infância (crenças causais psicológicas) ou ainda por ter escolhido deliberadamente usar e abusar das drogas e não ter força de vontade pra deixar de usá-las (crenças causais no uso de drogas).

Efetuuou-se ainda uma regressão linear múltipla (método *stepwise*) com o intuito de estimar em que medida as crenças sobre as causas da esquizofrenia que se correlacionaram com o preconceito flagrante explicam esta forma de preconceito. Assim,

tiveram-se como variáveis antecedentes as crenças causais: psicológicas, socioeconômicas, religiosas, de uso de drogas e contingenciais; e, como variável consequente, o preconceito flagrante. Os resultados estão resumidos na Tabela 21.

Tabela 21. Regressão linear múltipla (método *stepwise*) do Preconceito Flagrante tendo as crenças causais como variáveis preditoras.

Variáveis antecedentes	R²	R²_{ajustado}	F	B	Beta	t
Modelo 1						
Religiosas	0,09	0,08	19,74**	0,27	0,30	4,44**
Modelo 2						
Religiosas				0,24	0,26	3,78**
Psicológicas	0,10	0,10	12,10**	0,14	0,14	2,03*

**p<0,01

*p<0,05

A Tabela 21 mostra que o modelo com as crenças causais religiosas e psicológicas explica 10% ($R^2=0,10$) do preconceito flagrante. Pode-se observar com segurança que não existe colinearidade entre as variáveis previsoras, já que a tolerância (*Tolerance*) e o Fator de Inflação da Variância (*VIF*) das variáveis previsoras são $>0,1$ e <10 , respectivamente. Assim, o segundo previsor tem uma probabilidade maior de ser responsável por uma variância dos resultados do que quando existia um único previsor.

Observou-se que as crenças causais psicológicas se destacaram na explicação do preconceito flagrante, o que vai de encontro a alguns estudos que afirmam que este tipo de crença está associada a menores níveis de preconceito e discriminação (Dietrich et al., 2004; Lincoln, Arens, Berger & Rief, 2008).

Procurou-se ainda efetuar uma regressão linear múltipla (método *stepwise*) com o intuito de estimar em que medida as crenças sobre as causas da esquizofrenia associadas com o preconceito sutil explicam esta forma de preconceito. Assim, tiveram-se como variáveis antecedentes as crenças causais: socioeconômicas, religiosas e contingenciais; e, como variável consequente, o preconceito sutil. Verificou-se que o modelo com as crenças causais religiosas explicou 15% ($R^2=0,15$) do preconceito sutil ($R^2_{ajustado} = 0,15$;

$F = 36,63$, $p < 0,01$; $B = 0,26$; $Beta = 0,39$; $t = 6,05$, $p < 0,01$); enquanto que as crenças causais socioeconômicas e contingenciais não foram capazes de explicar esse tipo de manifestação preconceituosa; assim, constatou-se que as crenças causais religiosas se destacaram como importantes na explicação tanto do preconceito flagrante quanto do sutil.

Como uma informação complementar aos resultados apresentados, buscou-se verificar se havia diferença nas crenças causais da esquizofrenia entre pessoas que convivem e pessoas que não convivem com alguém nesta condição. Os dados são mostrados na Tabela 22.

Tabela 22. Médias, desvio-padrão e Test-t das crenças causais da esquizofrenia em função do convívio com alguém com esquizofrenia.

Variáveis	Convívio	M	DP	T
Crenças psicológicas	Sim	3,50	0,82	1,21
	Não	3,28	0,73	
Crenças socioeconômicas	Sim	2,92	0,86	1,99*
	Não	2,54	0,78	
Crenças biológicas	Sim	3,23	0,77	0,31
	Não	3,18	0,66	
Crenças religiosas	Sim	2,38	0,86	1,36
	Não	2,11	0,83	
Crenças uso de drogas	Sim	3,89	0,62	1,03
	Não	3,68	0,84	
Crenças contingenciais	Sim	2,94	0,83	-0,03
	Não	2,95	0,76	

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Os resultados indicam que as pessoas que convivem com alguém com esquizofrenia acreditam mais nos aspectos socioeconômicos como causas para o estabelecimento desta condição quando comparados com aqueles que não convivem. As demais crenças não apresentaram resultados estatisticamente significativos.

Buscou-se ainda verificar se havia diferença nas crenças causais da esquizofrenia em função da área do conhecimento dos estudantes universitários, se pertencentes a área de saúde ou humanas. Os resultados são mostrados na Tabela 23.

Tabela 23. Médias, desvio-padrão e Test-t das crenças causais da esquizofrenia em função da área de conhecimento.

Variáveis	Área de conhecimento	M	DP	t
Crenças psicológicas	Saúde	3,41	0,73	2,68**
	Humanas	3,11	0,74	
Crenças socioeconômicas	Saúde	2,80	0,77	5,62**
	Humanas	2,16	0,64	
Crenças biológicas	Saúde	3,17	0,61	-0,25
	Humanas	3,20	0,77	
Crenças religiosas	Saúde	2,39	0,81	6,65**
	Humanas	1,62	0,62	
Crenças uso de drogas	Saúde	3,86	0,74	3,92**
	Humanas	3,39	0,84	
Crenças contingenciais	Saúde	3,03	0,77	2,16*
	Humanas	2,78	0,71	

*p<0,05

**p<0,01

Os dados revelam que os estudantes universitários da área de saúde possuem mais crenças psicológicas, socioeconômicas, religiosas, de consumo de drogas e de aspectos contingenciais como causas para a esquizofrenia, quando comparados com os alunos de humanas. Observou-se que os estudantes da área de saúde e de humanas não se diferenciaram no que diz respeito às crenças causais biológicas da esquizofrenia.

d) Modelo do preconceito flagrante e do preconceito sutil com base nos estereótipos e crenças causais: síntese dos resultados

Objetivou-se nessa seção apresentar uma síntese dos resultados encontrados. Para isso, resolveu-se apresentar o modelo do preconceito flagrante e o do preconceito sutil sendo investigados os estereótipos e as crenças causais explicativas de cada tipo de preconceito de forma conjunta.

Primeiramente, apresenta-se o modelo do preconceito flagrante a partir do estereótipo de periculosidade e das crenças causais religiosas e psicológicas, que foram as variáveis que na análise de regressão se mostraram explicativas deste tipo de preconceito. Os índices de ajuste deste modelo são mostrados na Tabela 24.

Tabela 24. Índices de Ajuste do Modelo do preconceito flagrante com base no estereótipo de periculosidade e nas crenças causais psicológicas e religiosas.

	χ^2 (gl)	χ^2/gl	GFI	AGFI	CFI	RMSEA (IC - 90%)	ECVI	CAIC
Modelo 1	25,20 (3)	8,40	0,93	0,78	0,85	0,19 (0,128-0,266)	0,197	69,29
Modelo 2	10,94 (2)	5,47	0,97	0,87	0,94	0,15 (0,072-0,242)	0,135	61,32

Nota. Modelo 1 = não modificado; Modelo 2 = modificado.

A inspeção dos IMs (Índices de Modificação) para as saturações (Lambdas, λ) e os erros de medida (Deltas, δ) indicou que seria recomendável (IM=13,76) correlacionar erros de medida 2 (crenças religiosas) e 1 (crenças psicológicas). Procedendo desta forma, a estrutura fatorial resultante permitiu obter melhores indicadores de ajuste aos dados para o modelo proposto (Modelo 2), como observado na Tabela 22. Efetuou-se o teste da diferença de χ^2 entre o modelo 1 (não modificado) em comparação com o modelo 2 (modificado); os resultados obtidos $\Delta \chi^2 (1) = 14,26$, ($p < 0,01$) evidenciam uma superioridade estatisticamente significativa para o modelo 2 modificado. Na Figura 12 é apresentada a estrutura fatorial deste modelo.

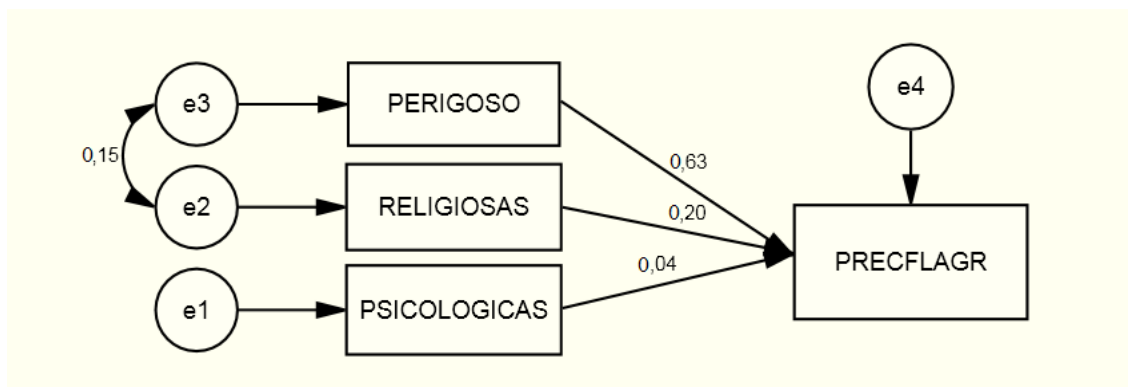


Figura 12. Estrutura fatorial do modelo do preconceito flagrante com base no estereótipo de periculosidade e nas crenças causais religiosas e psicológicas.

Todas as saturações (λ , lambdas) foram estatisticamente diferentes de zero ($\lambda \neq 0$; $z > 1,96$, $p < 0,05$), variando de 0,04 à 0,63, com uma saturação média de 0,25, como pode ser visto na Figura 12. Diante do exposto, verificou-se que o preconceito flagrante pode ser explicado muito bem pelo estereótipo de periculosidade e pelas crenças causais religiosas e psicológicas. Ressalta-se que o estereótipo de periculosidade e as crenças causais religiosas compartilham variâncias exclusivas uma com a outra.

Quanto ao preconceito sutil, este foi explicado pelo estereótipo de periculosidade, pena e capacidade, bem como pelas crenças causais religiosas, que foram as variáveis que na análise de regressão se mostraram explicativas deste tipo de preconceito. Os índices de ajuste deste modelo são mostrados no modelo 1 na Tabela 25.

Tabela 25. Índices de Ajuste do Modelo do preconceito sutil com base nos estereótipos de periculosidade, pena, capacidade e pelas crenças causais religiosas.

	χ^2 (gl)	χ^2/gl	GFI	AGFI	CFI	RMSEA (IC - 90%)	ECVI	CAIC
Modelo 1	21,44 (6)	3,57	0,95	0,89	0,80	0,11 (0,064-0,168)	0,198	78,12
Modelo 2	13,97 (5)	2,79	0,97	0,92	0,88	0,09 (0,038-0,156)	0,171	76,96

Nota. Modelo 1 = não modificado; Modelo 2 = modificado

A inspeção dos IMs (Índices de Modificação) para as saturações (Lambdas, λ) e os erros de medida (Deltas, δ), indicou que seria recomendável (IM = 7,32) correlacionar os erros de medida do estereótipo de periculosidade e de pena. Procedendo desta forma,

a estrutura fatorial resultante permitiu obter melhores indicadores de ajuste aos dados para o modelo proposto, como pode ser visto no modelo 2 da Tabela 25. Efetuou-se o teste da diferença de χ^2 entre o modelo 1 (não modificado) em comparação com o modelo 2 (modificado); os resultados obtidos $\Delta \chi^2 (1) = 7,44$, ($p < 0,05$) evidenciam uma superioridade estatisticamente significativa para o modelo 2 modificado. Na Figura 13 é apresentada a estrutura fatorial deste modelo.

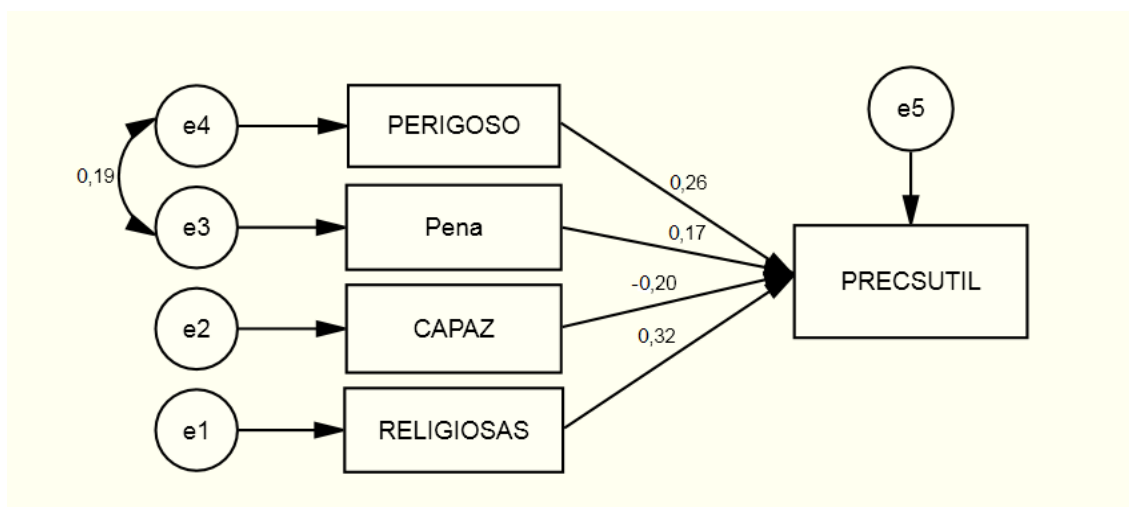


Figura 13. Estrutura fatorial do modelo do preconceito sutil com base no estereótipo de periculosidade, pena, capacidade e nas crenças causais religiosas.

Todas as saturações (λ , lambdas) foram estatisticamente diferentes de zero ($\lambda \neq 0$; $z > 1,96$, $p < 0,05$), variando de 0,17 à 0,32, com uma saturação média de 0,22, como pode ser visto na Figura 13. Diante dos resultados apresentados, verificou-se que o preconceito sutil pode ser explicado muito bem pelas crenças religiosas e pelos estereótipos de periculosidade, pena e incapacidade. Ressalta-se ainda que o estereótipo de periculosidade e o de pena compartilham variâncias exclusivas uma com a outra. A seguir serão discutidos os resultados aqui apresentados.

CAPÍTULO 5

Discussão geral dos resultados

DISCUSSÃO GERAL DOS RESULTADOS

A partir dos resultados apresentados verificou-se a manifestação de dois tipos de preconceito frente à esquizofrenia, os quais podem ser chamados de flagrante e sutil. Embora as normas sociais que condenam o preconceito em relação a esse grupo específico não sejam tão atuantes como em outros grupos minoritários, como, por exemplo, negros ou homossexuais, normas essas que impõem a uma forma mais sutil de preconceito, constatou-se que existe uma forma diferenciada de expressar essa atitude no contexto da esquizofrenia. Com isso, faz sentido supor que, de alguma forma, a evidência dos valores de igualdade e justiça na sociedade, a propagação dos órgãos que lutam pela defesa dos direitos humanos e até mesmo os ideais e conceitos que regem a reforma psiquiátrica estão tendo uma repercussão na sociedade no que tange ao combate do preconceito em relação à esquizofrenia, produzindo a inibição do preconceito flagrante frente a esses indivíduos.

Contudo, observa-se que essas normas ainda não foram profundamente internalizadas o suficiente para impedir a “fuga” indireta de atitudes preconceituosas capturadas pelos itens das escalas de preconceito sutil. Pettigrew e Meertens (1995) afirmam que a norma anti-flagrante do preconceito apenas foi parcialmente aceita e internalizada pelos preconceituosos sutis, os quais cumprem com a norma, porém expressam suas opiniões intergrupais negativas somente em formas aparentemente não-preconceituosas que driblam a norma.

Observou-se que a percepção de ameaça e a rejeição a relações de intimidade, sejam elas diretas ou indiretas, foram elementos que, conforme esperado, fazem parte da expressão flagrante do preconceito frente à esquizofrenia. De fato, este resultado está de acordo com a tipologia preconizada por Pettigrew e Meertens (1995), os quais indicam

essas duas dimensões como expressões abertas do preconceito racial na Europa, apontando uma percepção de ameaça econômica ou cultural frente aos imigrantes e a rejeição a relações de intimidade em relação a esses grupos minoritários (De Caroli, Falanga & Sagone, 2012; Lima & Vala, 2004b; Meertens & Pettigrew, 1997).

Assim, constatou-se que no contexto da esquizofrenia não há uma percepção de ameaça econômica ou cultural, mas de ameaça à integridade física e psicológica do grupo social dominante (os considerados normais), posto que as representações ideológicas que cercam as pessoas com esquizofrenia se pautam majoritariamente nos estereótipos de periculosidade, agressividade e imprevisibilidade. Com efeito, o maior coeficiente ligado ao preconceito flagrante foi o de estereótipo de perigo (0,86), como pode ser visto na Figura 11.

Enquanto o preconceito flagrante é sustentado majoritariamente pela ideia de que as pessoas com esquizofrenia são perigosas, o preconceito sutil é suportado em maior parte pelo argumento de que elas são incapazes, isto é, que não possuem as características, condições ou habilidades necessárias para se adequar ao padrão de normalidade vigente e atingir o sucesso social (0,81) (ver Figura 11). Percebe-se que o preconceito sutil lança mão de uma justificativa aparentemente não preconceituosa para a sua legitimação, pois diferentemente do preconceito flagrante em que se percebe abertamente que o grupo dominado é visto como inferior, no preconceito sutil o grupo dominado é visto como precisando de cuidados especiais em virtude de uma atribuída incapacidade crônica, que paralisa esse sujeito numa vivência sofrida e limitante, sem alternativas e possibilidades de crescimento social.

Pereira e Vala (2011) citando o estudo de Crandall e Eshleman (2003) afirmam que existe a possibilidade de que as pessoas nutram em si um preconceito genuíno com grande força motivacional, ao mesmo tempo em que integraram no seu autoconceito um

conjunto de valores e crenças não preconceituosas, como os princípios de igualdade e justiça, os quais funcionam como supressores da expressão do preconceito genuíno (Katz & Hass, 1988). Por conseguinte, as pessoas sentem um conflito entre a necessidade de exprimir o preconceito e simultaneamente serem coerentes com a sua autoimagem não preconceituosa; para solucionar o conflito, elas são altamente motivadas a buscar justificações que permitam exprimir o preconceito e não serem publicamente ou psicologicamente censuradas.

A natureza ideológica dessas justificações foi destacada por Sidanius e Pratto (1999) na teoria da dominância social; nesse sentido, a concepção de que as pessoas com esquizofrenia não se adequam porque são incapazes representa uma ideologia que tanto produz a desigualdade, quanto a legítima, dando suporte aos comportamentos discriminatórios em relação a esse grupo social.

Destaca-se ainda a inadequação ao padrão de normalidade em função de uma percepção de que a pessoa com esquizofrenia não se esforça o suficiente para crescer socialmente. Este elemento encontra forte amparo na dimensão da defesa dos valores tradicionais preconizada por Pettigrew e Meertens (1995) que trata da concepção de que os membros do exogrupo não se esforçam o suficiente ou não possuem os valores adequados (obediência, ética do trabalho, disciplina e sucesso) para atingir o sucesso social. Nesse sentido, o pensamento predominante no contexto da esquizofrenia é o de que esses indivíduos não se adequam ao padrão de normalidade (estabelecido e tido como unicamente correto na ótica do endogrupo), porque não têm força de vontade suficiente ou porque possuem fraquezas de caráter.

De fato, pesquisa realizada por Ross e Goldner (2009) constatou que enfermeiros possuem a crença de que o transtorno mental é causado por fatores, como: fraqueza de moral, fraqueza de caráter, falta de força de vontade, preguiça, fingimento, falta de

disciplina e auto-controle. Ratificando essa questão, pesquisa conduzida por Ochoa et al. (2011) na Espanha com pessoas com esquizofrenia mostrou que os participantes consideram que as pessoas nesta condição são vistas como preguiçosas, que não querem ou não podem trabalhar.

O elemento exagero das diferenças grupais também emergiu, como esperado, como expressão do preconceito frente à esquizofrenia, estando este resultado de acordo com os estudos de Pettigrew e Meertens (1995) em que a dimensão do exagero das diferenças culturais se configura como elemento do preconceito sutil. Costa-Lopes et al. (2008) discutindo sobre o papel das diferenças nas relações entre grupos sociais afirmam que as diferenças culturais, tais como as diferenças raciais, classificam, naturalizam as diferenças atribuídas e justificam a inferioridade atribuída a alguns grupos sociais. Observou-se que a atribuição de diferenças culturais pode, em muitas circunstâncias, ser uma forma de expressão do preconceito, pois mostrou-se decorrente de crenças racistas e associada à disposição para a discriminação; nesse sentido, pode-se dizer que a diferença atribuída ao grupo das pessoas com esquizofrenia, como sendo pessoas que se comportam, falam, expressam sua sexualidade e sua agressividade de maneira muito diferente, pode ser considerada como uma expressão de preconceito.

Costa-Lopes et al. (2008) constataram ainda que a atribuição de diferenças culturais a exogrupos minoritários gera um processo através do qual é atribuído, de forma implícita, uma cultura inferior a esses grupos, em relação ao qual o endogrupo é considerado universal e não uma etnia particular; assim, as diferenças culturais atribuídas a exogrupos são, em muitos casos, diferenças avaliadas de forma implicitamente negativa. Nesse sentido, pode-se supor que a atribuição de diferenças entre o grupo das pessoas consideradas normais e o grupo das pessoas com esquizofrenia produz no pensamento social uma disposição implícita para considerar o grupo majoritário como sendo superior

em sua forma de agir e se comportar. Então, embora a representação ideológica de que as pessoas com esquizofrenia são muito diferentes seja aparentemente aceitável e correta, traz implicitamente a ideia de que o grupo dominante é melhor do que o exogrupo e de que essa diferença justifica o sucesso social do endogrupo e a exclusão deste exogrupo.

Interessante perceber que, de modo geral, o preconceito flagrante reflete mais sentimentos de medo e aversão em relação ao grupo das pessoas com esquizofrenia; enquanto que o preconceito sutil, principalmente pela percepção de incapacidade e pela benevolência, parece demonstrar mais sentimentos de pena e compaixão. Algumas teorias que tratam das chamadas novas expressões do preconceito também trazem essa ambivalência em relação a outros grupos sociais, por exemplo, o racismo ambivalente (Katz & Hass, 1988), o sexismo ambivalente (Formiga, 2007) e a teoria do racismo aversivo (Gaertner & Dovidio, 1986).

Esta última teoria parte da pressuposição de que a natureza das atitudes dos americanos brancos para com os negros não é nem uniformemente negativa nem totalmente favorável, mas ambivalente, pois reflete em simultâneo a crença de que a sociedade norte-americana é democrática e cristã e o fato de os negros serem violentamente discriminados e segregados nesta sociedade. Desse modo, os sentimentos e crenças negativas dos racistas aversivos não seriam propriamente de hostilidade ou ódio, mas de desconforto, nervosismo, ansiedade e algumas vezes medo das pessoas negras; tais emoções motivam mais a evitação do contato próximo do que comportamentos destrutivos e violentos; por outro lado, as atitudes pró-negros refletem a percepção de desvantagem dos negros e produzem afetos positivos, tais como piedade e simpatia (Lima & Vala, 2004a).

Nesse sentido, por meio dos resultados do presente estudo pode-se inferir o mesmo fenômeno no âmbito da esquizofrenia, pois por um lado existem crenças que

concebem os membros desse grupo como perigosos, agressivos e imprevisíveis; mas por outro lado, crenças que se baseiam na ideia de que são pessoas incapazes, dignas de pena e extremamente dependentes, demandando um cuidado demasiadamente paternalista e assistencialista.

Lima e Vala (2004a) afirmam que a ambivalência de sentimentos e atitudes normalmente gera uma tensão e um desconforto psicológicos, para reduzi-los os indivíduos tenderiam a polarizar ou radicalizar suas atitudes raciais, levando à amplificação de resposta em direção ao exogrupo; nessa direção, tem sido estudado um fenômeno denominado de *response amplification*. A amplificação de resposta trata da tendência que as pessoas ambivalentes têm de exagerar sua resposta seja ela positiva ou negativa em determinadas situações; assim, em contextos em que o grupo majoritário tem uma interação positiva com o minoritário as pessoas tenderiam a amplificar sua resposta em termos positivos, já em situações de conflito entre esses grupos, as pessoas tenderiam a amplificar sua resposta numa direção negativa. Ao contrário, não se esperaria dos indivíduos que não são ambivalentes esta amplificação de resposta, mas ao invés disso manteriam atitudes mais consistentes nas diversas situações (Bell & Esses, 2002). Pode-se dizer que a benevolência frente à esquizofrenia compreendida como esse exagero numa postura paternalista e assistencialista, que concebe os membros desse grupo social como seres infantilizados, demasiadamente dependentes e indefesos, reflete esse tipo de fenômeno.

A benevolência como elemento do preconceito sutil frente à esquizofrenia de certa forma vai de encontro a dimensão da negação de emoções positivas apontada por Pettigrew e Meertens (1995), pois esta se caracteriza pela rejeição à expressão de sentimentos positivos como simpatia e admiração com relação aos membros do exogrupo, não admitindo, entretanto, sentimentos negativos, apenas a negação mais secreta de

emoções positivas. No caso da esquizofrenia não parece haver propriamente essa negação das emoções positivas, mas pelo contrário, por meio da atitude benevolente, a afirmação exagerada de sentimentos aparentemente positivos como a pena e a compaixão.

Cabe destacar ainda a associação entre a benevolência e os estereótipos essencialistas da esquizofrenia como observado na Figura 11, demonstrando que o sentimento de pena associada a uma postura assistencialista caminham juntas na mesma direção da ideia de que a pessoa com esquizofrenia é imprevisível, animalesca, incontrolável e guiada pelos seus instintos, por isso não confiável, podendo, por exemplo, ficar agressivo a qualquer momento. Talvez por isso precise ser “muito bem cuidada e protegida” a ponto de não precisar desenvolver as suas capacidades e potencialidades em nome da sua própria segurança. Assim, fica claro que o enunciado de proteção do “doente mental” é na verdade um enunciado de proteção contra o “doente mental” e em favor dos interesses do grupo majoritário.

É preciso destacar que esses elementos do preconceito sutil, à saber: a percepção de inadequação aos padrões de normalidade, o exagero das diferenças entre os grupos e a benevolência são expressões do preconceito que não inferiorizam a pessoa com esquizofrenia de forma direta e aberta, mas sim de maneira encoberta. Diferente da percepção de ameaça e da rejeição a relações de intimidade, em que há uma rejeição direta no sentido do “meu grupo é superior, seu grupo é inferior”, os elementos do preconceito sutil não rejeitam abertamente a pessoa com esquizofrenia, mas usam justificativas aparentemente corretas e aceitáveis socialmente para discriminar esse grupo social.

Discrimina-se com base no fato de que por essas pessoas serem consideradas incapazes, elas não têm condições ou não se esforçam o suficiente para atingir o sucesso social, ou possuem características muito diferentes do grupo que realmente tem condições de viver de forma bem sucedida, ou ainda por serem doentes devem ser “muito bem

cuidadas” a ponto de não precisarem exercer sua autonomia e sua cidadania de forma plena. Nessa perspectiva, as pessoas com esquizofrenia acabam não sendo aceitas não pelo fato do grupo dominante se achar superior; mas por culpa própria delas, por elas serem diferentes, por causa da condição delas, atribuída como uma condição de extrema limitação. Aqui o preconceito encoberto vai no sentido do “não é que o meu grupo seja melhor do que o seu, é que o seu não tem condições de se incluir em virtude das suas diferenças”; desse modo, com base em justificativas aparentemente não preconceituosas, se driblam as normas do antipreconceito e continua-se legitimando a discriminação em relação às pessoas com esquizofrenia.

Portanto, os elementos que compõem o preconceito sutil frente à esquizofrenia não desvalorizam ou negam esse grupo social de forma explícita, pelo contrário, apresentam um discurso ideológico de proteção do “doente mental”, um discurso com uma roupagem positiva e politicamente correta. Nesse sentido, não há a desvalorização do grupo externo de forma direta, mas uma clara manifestação de favoritismo pelo próprio grupo, na medida em que este é visto como o que efetivamente possui condições, habilidades e as características necessárias para se atingir o sucesso social (Camino et al., 2001).

Dessa forma, tanto os elementos do preconceito flagrante como os do preconceito sutil representam ideologias que promovem a superioridade do grupo majoritário frente ao grupo dos considerados insanos. Essas ideologias ao mesmo tempo em que promovem essa desigualdade, também são usadas para justificá-las, funcionando como mitos legitimadores da desigualdade social e da discriminação em relação a essa minoria. Assim, a função ideológica desses mitos legitimadores é a manutenção da hegemonia do grupo dominante sobre o grupo dominado, uma vez que servem como justificações socialmente mais aceitáveis e “neutras” para ações discriminatórias. Essa desigualdade

entre os grupos é vista como legítima e natural, justificando o *status quo* ao invés de se questionar a legitimidade do sistema que efetivamente produziu as diferenças entre esses grupos (Pereira & Vala, 2011).

Observou-se que um dos principais mitos legitimadores acerca da esquizofrenia está condensado no estereótipo de periculosidade. Os resultados do presente trabalho mostram a importância desse estereótipo na explicação do preconceito flagrante e do preconceito sutil frente à esquizofrenia, o qual possui raízes históricas profundas que sustentam a discriminação desse grupo. Zoby (2016) ao estudar sobre a figura do “doente mental” como perigoso afirma que a loucura como objeto, como hoje é concebida, só se tornou possível pela prática do encarceramento, sustentada discursivamente pela psiquiatria. A segregação nem sempre foi a regra no trato da loucura, foi somente no século XVII que o internamento passa a ser usado como estratégia política de controle, tendo como alvo os pobres, os criminosos, os inválidos, os velhos, as prostitutas, os loucos, aqueles sujeitos entendidos como desviantes de uma ordem moral e social. Porém, o enclausuramento não possui, durante esse período, uma conotação de medicalização, mas antes como medida de defesa social do que de tratamento; seu fundamento não eram as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria.

Nesse sentido, apesar dos esforços recentes sumarizados pelos ideais da reforma psiquiátrica, percebe-se ainda hoje a dificuldade da sociedade em lidar com o fenômeno da loucura, mantendo representações sociais de cunho negativo. As pesquisas empíricas que investigam a questão da periculosidade nesse grupo social encontram uma série de percalços, pois a literatura sobre transtorno mental grave e violência está sujeita a dificuldades metodológicas, associadas com avaliações diagnósticas não confiáveis, indiretas, retrospectivas, com a ocorrência de comorbidades (especialmente uso/abuso de substâncias psicoativas), com variações culturais importantes na percepção e construção

do que é de fato um ato criminoso, bem como à falta de precisão na definição abrangente da própria violência (Teixeira, Pereira, Rigacci & Dalgalarondo, 2007).

Em pesquisa de revisão bibliográfica realizada por Teixeira et al. (2007) verificou-se que embora as evidências estatísticas e empíricas indiquem a existência de uma relação entre crime violento e psicose, isto apenas representa uma pequena parte da violência ocorrida na comunidade. Faz sentido pensar que em países como o Brasil, no qual a violência e a criminalidade têm intensa associação com condições socioeconômicas, como as que se verificam nos bolsões de miséria das periferias das grandes e médias cidades brasileiras, o percentual dos crimes associados a transtornos mentais graves seja ainda menor. Um ato grave de violência cometido por uma pessoa com transtorno mental é um evento relativamente raro; no entanto, quando ocorrem episódios de grande repercussão na mídia, o tema volta a ser foco de atenção e debate, sendo essa relação intensamente reforçada por aspectos culturais e históricos, que desde o século XVII associam loucura ao crime. Os autores do estudo concluem que apenas uma pequena parcela da violência deve ser atribuída a pacientes psicóticos, mais especificamente aos sujeitos com esquizofrenia; desse modo, percebe-se que o estereótipo de periculosidade extensamente atribuído a esquizofrenia parece não possuir correspondência com a realidade concreta.

Sublinha-se que os estereótipos negativos acerca da esquizofrenia, entendidos como crenças amplamente compartilhadas sobre esse grupo social, representam ideologias que são produzidas e reproduzidas a partir das relações desiguais entre os grupos, as quais são suficientemente significativas para a geração, legitimação e justificação de atitudes negativas ou preconceitos, bem como de padrões discriminatórios de comportamento (Pereira, 2002; Pereira et al., 2003; Kruger, 2004).

Crandall, Bahns, Warner e Schaller (2011) afirmam que os estereótipos possuem duas funções primárias: de conhecimento e de justificativa; na primeira, os estereótipos representam o mundo; enquanto na segunda, os estereótipos explicam o mundo. Assim, os estereótipos podem explicar não somente o que um grupo é, mas também o porquê o grupo é do jeito que é e o porquê dos grupos serem tratados do jeito que são. Os autores concluíram em sua pesquisa que, mesmo na ausência de informação, interação ou história de comportamentos discriminatórios com o exogrupo, os estereótipos se desenvolvem para justificar o preconceito. Sobre essa questão, Allport (1962) conclui que a função de racionalização e justificação de um estereótipo excede a sua função como um refletor dos atributos de um grupo. Portanto, a ideia de que as pessoas com esquizofrenia são perigosas, dignas de pena e incapazes justificam as diferenças sociais existentes dando sustentação aos processos de exclusão social.

Além desses estereótipos, observou-se que as crenças causais religiosas representam um importante mito legitimador do preconceito frente à esquizofrenia. Os resultados do presente estudo mostram que esse tipo de crenças explicaram tanto o preconceito flagrante quanto o sutil; de fato, as crenças causais religiosas possuem fortes raízes históricas no pensamento social. Pessotti (2001) afirma que as primeiras ideias sobre a doença mental invocavam fatores sobrenaturais, sendo esta vista como resultado da ação de entidades externas, como demônios, espíritos e divindades.

De acordo com Maciel et al. (2015) foi Hipócrates quem estabeleceu uma passagem do sobrenatural para o natural, contudo, essa ênfase em aspectos naturais perdeu relevância durante a Idade Média, período em que prevaleceram as explicações que invocavam motivações demoníacas e de ordem religiosa para a ocorrência das doenças mentais. Com o rompimento do sistema feudal, a loucura passou a ser representada não apenas como um problema de natureza religiosa, mas também como

uma categoria socialmente problemática, motivando a criação dos hospitais psiquiátricos. Nesse contexto, o modelo biomédico se instalou como paradigma norteador, adotando um modelo organicista; assim, as representações sociais sobre a doença mental incorporaram fatores de natureza biológica. Posteriormente, as ideias freudianas propuseram uma nova concepção da doença mental, dando menos importância a fatores orgânicos e propondo como causas fatores relacionados com a subjetividade do sujeito, com destaque para os conflitos motivacionais que estão na base das tensões entre a sexualidade e as normas culturais.

Desse modo, constata-se que historicamente há a construção de três grandes explicações sobre as causas da doença mental: uma ligada a crenças de natureza religiosa ou sobrenatural, outra orgânica ou biológica e, por fim, a psicológica. Nesse sentido, observa-se que os resultados do presente estudo são de certa forma surpreendentes, porque contrariamente ao esperado as crenças causais biológicas não foram capazes de explicar nenhum tipo de preconceito frente à esquizofrenia, nem tiveram correlação com eles. Este resultado vai na contramão de diversos estudos que mostram essa relação (Angermeyer & Mastchinger, 2005; Read et al., 2006; Angermeyer et al., 2011; Dietrich et al., 2004; Kvaale, Haslam & Gottdiener, 2013; Kvaale, Gottdiener & Haslam, 2013; Phelan, 2005; Walker & Read, 2002).

Contudo, os estudos que mostram a relação entre as crenças causais biológicas e o preconceito frente ao transtorno mental são predominantemente internacionais; no Brasil, são poucas as pesquisas que tratam da relação das crenças causais religiosas e biológicas com o preconceito no contexto do transtorno mental grave. Observa-se que, embora o pensamento biomédico de saúde seja algo presente no Brasil, este é um país com fortes raízes no pensamento religioso, com explicações ainda muito sobrenaturais

acerca dos fenômenos que não se compreende bem, mesmo no ambiente científico acadêmico.

Os resultados do presente estudo mostraram que os estudantes universitários de saúde apresentaram índices de preconceito flagrante e sutil, assim como estereótipos negativos maiores do que os estudantes de humanas. Atribui-se isso ao modelo biomédico de saúde que caracteriza fortemente os cursos nessa área, favorecendo o preconceito, na medida em que possui concepções mecanicistas, centradas na doença e no controle do corpo biológico, limitando o sofrimento humano a dimensões biológicas. Nesse sentido, se o indivíduo veio “quebrado de fábrica” fica mais fácil vê-lo de forma rotulada e engessada, como alguém que é invariavelmente diferente e incurável. Portanto, embora as crenças biológicas não tenham se relacionado ao preconceito no presente estudo, o fato dos estudantes da área de saúde apresentarem maiores níveis de preconceito e estereótipos negativos do que estudantes de humanas mostra que tal dado deve ser objeto de reflexão de investigações futuras.

Diante do exposto, observa-se a importância dos resultados apresentados neste trabalho de tese. A seguir serão tecidas algumas considerações finais.

CAPÍTULO 6

Considerações finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou propor um modelo de preconceito flagrante e preconceito sutil para o contexto da esquizofrenia. Como resultado, constatou-se que existe não apenas a expressão flagrante, mas também a sua expressão sutil, conforme preconizado nas teorias que dão conta de explicar as novas formas de preconceito. Como hipotetizado, o preconceito flagrante pode ser manifestado por meio da percepção de ameaça (tanto baseada no estereótipo de periculosidade, quanto nos estereótipos essencialistas da esquizofrenia) e pela rejeição a relações de intimidade (sejam estas relações diretas ou indiretas). O preconceito sutil pode ser expresso por meio da percepção de inadequação ao padrão de normalidade (seja pela incapacidade atribuída ao sujeito, seja pela percepção de não-esforço), do exagero das diferenças grupais e da benevolência.

Observou-se ainda que esses tipos de preconceito estão alicerçados em estereótipos e crenças causais, verificando-se que os estereótipos de periculosidade e as crenças causais religiosas e psicológicas explicaram o preconceito flagrante; enquanto que os estereótipos de periculosidade, pena e incapacidade, bem como as crenças causais religiosas explicaram o preconceito sutil.

Constatou-se que os resultados do presente estudo trazem contribuições importantes para a pesquisa em psicologia social no contexto da esquizofrenia, uma vez que se investigou o preconceito sutil, especificamente nesse grupo social, e explicitou-se a relação entre esse tipo de preconceito e os estereótipos e as crenças causais que o sustentam. Desse modo, estes resultados mostram que a manifestação atual do preconceito se dá de forma diferente a depender do grupo social estudado, pois as relações que são estabelecidas com os diversos grupos sociais minoritários não se dão num vácuo

social, mas estão entrelaçadas e sustentadas por diversas e distintas representações sociais acerca desses grupos.

Um dado importante levantado no presente estudo é a presença acentuada de preconceito frente à esquizofrenia em estudantes universitários, sobretudo os da área da saúde; este dado é preocupante, uma vez que são futuros profissionais que naturalmente levarão seu preconceito e discriminação para a sua prática profissional. Não se pode perder de vista que a opinião desses profissionais formados em universidades tem peso numa sociedade que valoriza a ciência; desse modo, suas crenças discriminatórias acabam por reforçar estereótipos e preconceitos que passam a ser reproduzidos numa sociedade cada vez mais desigual e excludente.

O estudo do preconceito é uma das áreas mais importantes na pesquisa em psicologia social aplicada, sobretudo no atual momento, em que este fenômeno tem se apresentado em diversos contextos de forma sutil. Este fato tem levado esta disciplina a voltar-se uma vez mais para a questão, sobretudo no que diz respeito ao desenvolvimento e à adaptação de instrumentos de medida que possam facilitar as atividades de pesquisa e intervenção nesta área. O presente estudo contribuiu com essa questão provendo à comunidade científica escalas de dimensões do preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia com bons índices psicométricos, adequados para uso no contexto universitário e prontas para serem adaptadas para uso em outros contextos.

Apesar dos importantes resultados encontrados, cabe apontar as limitações potenciais desta pesquisa que, embora não a invalidem ou comprometam seus resultados, demandam pensar criticamente os dados encontrados. Por exemplo, as amostras deste trabalho foram de conveniência, não sendo representativas da população brasileira nem mesmo da pessoense; entretanto, não foi o propósito do estudo assegurar validade externa dos resultados (generalização), mas conhecer os parâmetros psicométricos das escalas e

as relações entre as variáveis do modelo de medida proposto. Neste sentido, as amostras dos três estudos reportados atendem ao critério mínimo de 200 participantes requeridos para análises estatísticas mais avançadas, a exemplo da análise fatorial confirmatória (Watkins, 1989). Ressalta-se a importância da realização de outros estudos que busquem a confirmação da estrutura dessas escalas e do modelo de medida do preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia.

O presente estudo lança luz a um novo campo de pesquisa na investigação do preconceito em relação às pessoas com transtornos mentais graves, notadamente a investigação do preconceito sutil frente a esse grupo social. Assim, em nível de pesquisa, é necessário se aprofundar nos estudos sobre o preconceito em relação às pessoas com transtornos mentais graves, uma vez que no Brasil são poucos os estudos que abordam de fato essa temática, existindo mais literatura internacional sobre esse tema. Tal questão também ocorre no que diz respeito aos estereótipos frente à doença mental grave, bem como as crenças causais e suas associações com o preconceito e a discriminação.

Nesse sentido, é preciso investigar, por exemplo, em que contextos as pessoas vão manifestar seu preconceito flagrante ou sutil. De acordo com a literatura, supõe-se que em contextos em que a norma igualitária e de justiça social está saliente, as pessoas expressariam seu preconceito num formato mais sutil; enquanto que em contextos meritocráticos e competitivos as pessoas expressariam seu preconceito de uma forma mais flagrante. Como também, num contexto ambivalente, as pessoas lançariam mão de justificações aparentemente não preconceituosas para discriminar. Outro fator a ser investigado mais de perto é se o preconceito sutil está alicerçado por crenças causais atribuídas como advindo de fatores externos ao sujeito ou se o preconceito flagrante se sustenta mais ainda por crenças causais de natureza externas e internas ao indivíduo.

Sugere-se ainda a realização de pesquisas que abordem mecanismos de transmissão de estereótipos e preconceitos, como, por exemplo, as anedotas ou piadas. Observa-se que as piadas, contadas oralmente ou através de outros meios, que circulam no nosso cotidiano de maneira informal e humorística, podem reforçar preconceitos e estereótipos, naturalizando-os, e demarcando posições e lugares sociais que sustentam e mantem o *status quo* da sociedade. Assim, as piadas podem ser um mecanismo social e cultural que sustenta ideologicamente a posição dos grupos sociais dominantes (“os normais”) e os dominados (“os loucos/doentes mentais”), uma vez que estes últimos, nas piadas, são descritos de forma pejorativa e inferior.

Importante foco de pesquisa também seria a investigação dos valores sociais que sustentam o preconceito flagrante e o sutil em relação a esse grupo; pode-se pensar que pessoas que cultivam valores mais normativos e tradicionais expressariam mais fortemente o preconceito flagrante, isto é, seriam mais autoritários e teriam mais medo da pessoa com esquizofrenia. Por outro lado, será que pessoas que cultivam valores mais universalistas ou transcendentais seriam mais benevolentes? Ou será que valores mais universalistas não estão relacionados ao preconceito, seja ele flagrante ou sutil? Essas questões precisam de investigação e contribuiriam para uma compreensão mais apurada desse fenômeno numa perspectiva mais societal, ajudando na investigação dos fatores normativos e ideológicos que sustentam o preconceito.

Diante dos resultados do presente estudo também se pode pensar em projetos de intervenção, que deveriam utilizar principalmente a educação, a discussão e o debate como metodologias privilegiadas. Esses projetos podem estar respaldados em estudos que tratam da mudança de estereótipos e redução do estigma, bem como apoiados em pesquisas que abordem a diminuição do preconceito; desse modo, propõe-se a utilização das teorias e do conhecimento que a psicologia social dispõe no contexto prático,

desenvolvendo ferramentas para o combate ao preconceito, as quais podem ser utilizadas pelos próprios profissionais da saúde mental que trabalham nos centros de assistência.

Assim, a universidade como um espaço acadêmico de produção de conhecimento teórico-prático pode contribuir com os profissionais da rede de saúde mental, desenvolvendo junto com eles mecanismos e ferramentas embasadas teoricamente que visem à mudança de estereótipos e de representações que excluem a pessoa com transtorno mental grave objetivando uma sociedade mais igualitária e justa. Nesse sentido, podem ser realizadas intervenções junto à comunidade através das escolas, das igrejas, nas praças, nas associações de moradores, nos centros de assistência, dentre outros.

Ainda no que se refere a formas de intervenções que contribuiriam para uma visão menos estigmatizada do transtorno mental grave, destaca-se o papel dos grandes comunicadores de massa como, por exemplo, a mídia, principalmente a televisiva e a cinematográfica, que muitas vezes é sensacionalista e retrata uma imagem parcial e caricaturada do fenômeno reforçando estereótipos. Um trabalho precisa ser feito a nível de política pública, no sentido de haver uma fiscalização da imagem que é passada para a população sobre a doença mental; deve haver sim o estímulo a programas que abordem essa temática de forma mais adequada, realista e menos sensacionalista.

Diante do exposto, pode-se observar que sugerimos intervenções e projetos de pesquisa que atuem num nível ideológico, nos valores, representações e estereótipos que existem acerca desse tema; faz-se urgente tratar a questão do transtorno mental grave não somente de forma individual e técnico-curativa. Com a Reforma psiquiátrica, a população brasileira precisa conceber esse fenômeno de forma diferente do que historicamente é visto; por isso, fazem-se necessárias intervenções que atuem num nível mais abrangente

e que atinjam com profundidade os fatores ideológicos que sustentam o preconceito frente à pessoa com transtorno mental grave.

Portanto, é necessária a fomentação de um trabalho de base, que envolvam os valores, normas sociais e a própria cultura da nação brasileira. Se não for assim, corremos o risco de sempre termos uma sociedade sedimentada na hipocrisia, que pensa que faz de um jeito, mas na prática faz de outro; que pensa que é justa e democrática, mas que se comporta de forma excludente e segregadora.

REFERÊNCIAS

- Adorno, T. W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D., & Sanford, R. N. (1950). *The authoritarian personality*. New York: Harper & Row.
- Allport, G. W. (1962). *La naturaleza del prejuicio*. Buenos Aires: Eudeba.
- Álvaro, J. L., & Garrido, A. (2006). *Psicologia social – perspectivas psicológicas e sociológicas*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- 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.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2005). Labeling – stereotype – discrimination. An investigation of the stigma process. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 391–395 DOI: 10.1007/s00127-005-0903-4.
- 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](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.10.004)
- Angermeyer, M. C., Mnich, E., Daubmann, A., Herich, L., Wegscheider, K., Kofahl, C. & Knesebeck, O. (2013). Biogenetic explanations and public acceptance of people with eating disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48(10), 1667–1673. DOI 10.1007/s00127-012-0648-9.

- 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
- Assmar, E. M. L., & Ferreira, M. C. (2004). Estereótipos e preconceitos de gênero, liderança e justiça organizacional. In M. E. O. Lima, & M. E. Pereira (Orgs.), *Estereótipos, preconceitos e discriminação: perspectivas teóricas e metodológicas* (pp. 89-116). Salvador: EDUFBA.
- Barbosa, T. R. S. (2010). *Estigma face à doença mental por parte de futuros profissionais de saúde mental*. Dissertação de mestrado. Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Barros, S. (2003). Ensino de enfermagem psiquiátrica e reabilitação psicossocial. In Jorge, M. Silva, W. & Oliveira, F. (Eds.), *Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao 3º. Milênio*. São Paulo: Lemos (pp.73–80).
- Barros, T. S., Torres, A. R. R., & Pereira, C. (2009). Autoritarismo e adesão a sistemas de valores psicossociais. *Psico-USF*, 14(1), 47-57.
- Bell, D. W., & Esses, V. M. (2002). Ambivalence and response amplification: A motivational perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(8), 1143-1152.
- Belo, R. P., Souza, T. R., & Camino, L. (2010). Análise de repertórios discursivos sobre profissões e o sexo: um estudo empírico na cidade de João Pessoa. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 23-31.
- Berkowitz, L. (1989). Frustration-Aggression Hypothesis; Examination and Reformulation. *Psychological Bulletin*, 106(1), 59-73.
- Camino, L., Silva, P., Machado, A., & Pereira, C. (2001). A face oculta do racismo no Brasil: uma análise psicossociológica. *Revista de Psicologia Política*, 1(1), 13-36.

- De Caroli, M. E., Falanga, R., & Sagone, E. (2013). Subtle and blatant prejudice toward Chinese people in Italian adolescents and young adults: the role of “friendship” and “outgroup representation”. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 82, 74-80.
- Coenders, M., Scheepers, P., Sniderman, P. M., & Verberk, G. (2001). Blatant and subtle prejudice: dimensions, determinants, and consequences; some comments on Pettigrew and Meertens. *European Journal of Social Psychology*, 31(3), 281-297. DOI: 10.1002/ejsp.44.
- Cohen, J., & Struening, E. L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64(5), 349-360.
- 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), p. 219-225.
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., Kubiak, M. A. (2003). An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), pp. 162-179.
- Costa-Lopes, R., Vala, J., Pereira, C., & Aguiar, P. (2008). *A construção social das diferenças nas relações entre grupos sociais*. MV Cabral et al, 769-790.
- Crandall, C. S., & Eshleman, A. (2003). A justification-suppression model of the expression and experience of prejudice. *Psychological bulletin*, 129(3), 414-446.
- Crandall, C. S., Bahns, A. J., Warner, R., & Schaller, M. (2011). Stereotypes as justifications of prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(11), p. 1488 –1498. DOI: 10.1177/0146167211411723
- Crisp, R. J., & Turner, R. N. (2013). *Psicologia Social Essencial*. São Paulo: Roca.

- Dantas, G. E. (2014). *Atitudes frente ao doente mental: correlatos valorativos e de traços de personalidade*. Mestrado em Psicologia social. Universidade Federal da Paraíba, PB.
- De Bem, A. B., Lanzer, E. A., Tambosi Filho, E., Sanchez, O. P., & Junior, P. B. (2011). Validade e confiabilidade de instrumento de avaliação da docência sob a ótica dos modelos de equação estrutural. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*, 16(2), p. 375-401. DOI: 10.1590/S1414-40772011000200008
- Dietrich, S., Beck, M., Bujantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2004). The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(5), 348-354.
- Doise, W. (1982). *L'explication en psychologie sociale*. Paris: PUF.
- Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, Q., & Sears, R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Fernandes, S., Costa, J. D., Camino, L., & Mendoza, R. (2007). Valores psicossociais e orientação à dominância social: um estudo acerca do preconceito. *Psicologia: reflexão e crítica*, 20(3), p. 490-498.
- Ferreira, M. C. (2011). Breve história da moderna psicologia social. In Torres, C. V. & Neiva, E. R. (Orgs.). *Psicologia social: principais temas e vertentes* (p. 13-30). Porto Alegre: Artmed.
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.
- Fiske, S. T. (2005). Social Cognition and the Normality of Prejudgment. In J. F. Dovidio, P. Glick, & L. Rudman (Eds.), *On the nature of prejudice: Fifty years after Allport* (pp. 36–53). Malden, MA: Blackwell.

- Formiga, N. S. (2007). Human values and ambivalent sexism. *Revista do Departamento de Psicologia. UFF*, 19(2), 381-396.
- Foucault, M. (1972). *A história da loucura*. São Paulo: Perspectiva. 4ª. Ed.
- Foucault, M. (1988). *Doença mental em Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro. 3º ed.
- Foucault, M. (2000). *A história da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Gaertner, S. L., & Dovidio, J. F. (1986). The aversive form of racism. In J. F. Dovidio, & S. L. Gaertner (Orgs.), *Prejudice, discrimination, and racism* (pp. 61-89). Orlando, Florida: Academic.
- Garson, G. D. (2012). *Structural Equation Modeling*. Asheboro, NC: Statistical.
- Gattaz, W. F. (1998). Violência e doença mental: fato ou ficção. *Revista de psiquiatria clínica*, 25(4), 145-47.
- Gil, I. M. D. 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.
- Giovanella, L., & Amarante, P. (1994). O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In Amarante, P. (Ed.), *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, (pp.113–148).
- 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. *Rev Psiq Clín*, 39(3), 80-4.
- 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.
- Hengartner, M. P., Loch, A. A., Lawson, F. L., Guarniero, F. B., Wang, Y. P., Rössler, W., & Gattaz, W. F. (2012). Atitudes de profissionais de saúde mental em relação

a indivíduos com esquizofrenia: uma comparação transcultural entre Suíça e Brasil. *Rev. psiquiatr. clín.*, 39(4), 115-121.

Jodelet, D. (2005). *Loucuras e representações sociais*. Rio de Janeiro: Vozes.

Jost, J. T., & Banaji, M. (1994). The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness. *British Journal of Social Psychology*, 33(1), 1-27.

Katz, I., & Hass, R. G. (1988). Racial ambivalence and American value conflict: Correlational and priming studies of dual cognitive structures. *Journal of personality and social psychology*, 55(6), 893-905. DOI: 10.1037/0022-3514.55.6.893

Kinder, D. R., & Sears, D. O. (1981). Prejudice and politics: symbolic racism versus racial threats to the good life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(3), 414-431.

Kruger, H. (2004). Cognição, estereótipos e preconceitos sociais. In M. E. O. Lima, & M. E. Pereira (Orgs.), *Estereótipos, preconceitos e discriminação: perspectivas teóricas e metodológicas* (pp. 7-25). Salvador: EDUFBA.

Kvaale, E. P., Gottdiener, W. H., & Haslam, N. (2013). Biogenetic explanations and stigma: A meta-analytic review of associations among laypeople. *Social science & medicine*, 96, 95-103. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.06.002

Kvaale, E. P., Haslam, N., & Gottdiener, W. H. (2013). The 'side effects' of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 782-794.

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(1), pp. 165-178.

- Lafuente, A., & Valverde, N. (2000). ¿Qué se puede hacer con los monstruos? In Javier Moscoso & Antonio Lafuente (Eds). *Monstruos y Seres Imaginarios en la Biblioteca Nacional*. (pp. 15-37). Madrid: Biblioteca Nacional.
- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European Psychiatry*, 19(7), 423–427.
- Lima, M. E. O. & Vala, J. (2004b). As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. *Estudos de Psicologia*, 9(3), pp. 401-411.
- Lima, M. E. (2011). Da diferença à indiferença: racismo contra índios, negros e ciganos no Brasil. In E. M. Techio & M. E. O. Lima (Eds.), *Cultura e produção das diferenças: Estereótipos e preconceito no Brasil, Espanha e Portugal* (pp. 217-246). Brasília: Technopolitik.
- Lima, M. E., & Vala, J. (2004a). Serão os estereótipos e o preconceito inevitáveis? O monstro da automaticidade. In M. E. O. Lima, & M. E. Pereira (Orgs.), *Estereótipos, preconceitos e discriminação: perspectivas teóricas e metodológicas* (pp. 41-68). Salvador: EDUFBA.
- Lima Nunes, A. V. L., & Camino, L. (2011). Atitude político-ideológica e inserção social: fatores psicossociais do preconceito racial? *Psicologia & sociedade*, 23(1), 135-143.
- Lima, M.E.O., Machado, C., Ávila, J., Lima, C., & Vala, J. (2006). Normas Sociais e Preconceito: O Impacto da Igualdade e da Competição no Preconceito Automático Contra os Negros. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 309-319.
- Lincoln, T. M., Arens, E., Berger, C., & Rief, W. (2008). Can antistigma campaigns be improved? A test of the impact of biogenetic vs psychosocial causal explanations on implicit and explicit attitudes to schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(5), 984-994.

- Loch, A. A., Hengartner, M. P., Guarniero, F. B., Lawson, F. L., Wang, Y., Gattaz, W. F. & Rössler, W. (2011). O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia. *Rev Psiq Clín.*, 38(5), pp. 173-7.
- Loureiro, L. M. J., Dias, C. A. A., & Aragão, R. O. (2008). Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista Referência - II - n.º8*, 33-44.
- Macêdo, A., & Jorge, M. (2000). Concepções de loucura e sua influência na prática psiquiátrica. In Jorge, M. Silva, W. & Oliveira, F. (Eds.), *Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao 3º milênio*. São Paulo: Lemos (pp.125–148).
- Maciel, S. C. (2015). Escala de distância social frente ao doente mental. (Manuscrito não publicado).
- Maciel, S. C., & Melo, J. R. F. (2014). Pessoas com transtornos mentais e exclusão social: um diálogo a luz das representações sociais. In Chamon, E. M. Q., Guareschi, P. A., & Campos, P. H. F. (Orgs). *Textos e debates em representação social* (pp. 293-310). Porto Alegre: ABRAPSO.
- Maciel, S. C., & Pereira, C. (2015). Escala de Percepção de ameaça frente ao doente mental. (Manuscrito não publicado).
- Maciel, S. C. (1997). *Representação social sobre drogas e seus usuários: um estudo comparativo com profissionais das áreas jurídica e de saúde*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB.
- 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 psicol.*, 19(1), 193-204.
- Maciel, S. C., Maciel, C. M. C., Barros, D. R., & Camino, L. F. (2007). Reforma psiquiátrica: discursos e práticas. In E. C. Krutzen, & S. B. Vieira (Orgs.), *Psicologia social, clínica e saúde mental*. (pp. 494-513) João Pessoa: Editora Universitária/UFPB.
- 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.
- Maciel, S. C., Pereira, C. R., Lima, T. J. S., & de Souza, L. E. C. (2015). Desenvolvimento e Validação da Escala de Crenças sobre a Doença Mental. *Psychology*, 28(3), 463-473.
- Mannarini, S. & Boffo, M. (2013). Assessing Mental Disorder Causal Beliefs: A Latent Dimension Identification. *Community Ment Health J*, 49(6), 686–693. DOI 10.1007/s10597-012-9581-3.
- Meertens, R. W., & Pettigrew, T. F. (1997). Is Subtle Prejudice Really Prejudice? *The Public Opinion Quarterly*, 61(1), 54-71.
- Melman, J. (2001). *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras.
- Melo, J. R. F., & Maciel, S. C. (2016). Escala de estereótipos frente à esquizofrenia. (Manuscrito não publicado).
- Miranda, F. A. N., & Furegato, A. R. F. (2002). Percepções da sexualidade do doente mental pelo enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(2), 207-213.

- Mota, T. D., & Barros, S. (2008). Saúde Mental, Direitos, Cidadania: o escritório de advocacia como agência para inclusão social. *Rev Esc Enferm USP*, 42(2), pp. 220-6.
- Mota, L. (2009). *Dependência química e representações sociais: pecado, crime ou doença?* Curitiba: Juruá.
- 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, F. (2002). *Construindo saberes e práticas em saúde mental*. João Pessoa: Ed. UFPB.
- Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo*. São Paulo: Gráfica Brasil.
- Oviedo, H. C., & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(4), 572-580.
- Pedersen, A., & Walker, I. A. (1997). Prejudice against Australian aborigines: old-fashioned and modern forms. *European Journal of Social Psychology*, 27(5), 561-587.
- Pedraño, L. J., Avanci, R. C., & Malaguti, S. E. (2002). Perfil das atitudes de alunos do curso de enfermagem frente à doença mental, antes da influência da instrução acadêmica, proveniente de disciplinas de área específica. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 10(6), 794-9.
- Pedraño, L. J., Avanci, R. C., Malaguti, S. E. & Aguilera, A. M. S. (2003). Atitudes frente à doença mental: estudo comparativo entre ingressantes e formandos em enfermagem. *Medicina, Ribeirão Preto*, 36(1), 37-44.

- Pedraão, L. J., Galera, S. A. F., Silva, M. C. P., Gonzalez, A. C., Costa Júnior, M. L. D., & Souza, M. C. B. M. (2005). Perfil das atitudes de formandos em enfermagem frente aos transtornos mentais no Brasil, Chile e Peru. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(3), 339-43.
- Pereira, A. S. L. S. (2004). *Representações sociais do homossexualismo e preconceito contra homossexuais*. (Dissertação). Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Pereira, C. R. (2007). *Preconceito, normas sociais e justificações da discriminação: o modelo da discriminação justificada*. Tese de doutorado. Departamento de Psicologia Social e das Organizações. Instituto Universitário de Lisboa.
- Pereira, A. S. L. S. (2009). *Normas Sociais, Crenças sobre a Natureza da Homossexualidade e Preconceito contra os Homossexuais*. Tese de doutorado. Departamento de Psicologia Social e das Organizações. Instituto Universitário de Lisboa.
- Pereira, C. R., & Vala, J. (2011). A legitimação da discriminação em diferentes contextos normativos. In E. M. Techio & M. E. O. Lima (Eds.), *Cultura e produção das diferenças: Estereótipos e preconceito no Brasil, Espanha e Portugal* (pp. 363-404). Brasília: Technopolitik.
- Pereira, M. E. (2002). *Psicologia Social dos Estereótipos*. São Paulo, SP: EPU.
- Pereira, C. R., Torres, A. R. R., Pereira, A., & Falcão, L. C. (2011). Preconceito Contra Homossexuais e Representações Sociais da Homossexualidade em Seminaristas Católicos e Evangélicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(1), 73-82.
- Pereira, C., Torres, A. R. R. & Almeida, S. T. (2003). Um Estudo do Preconceito na Perspectiva das Representações Sociais: Análise da Influência de um Discurso Justificador da Discriminação no Preconceito Racial. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(1), 95-107.

- Pereira, C. R., Torres, A. R. 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.
- Pessotti, I. (2001). *O século dos manicômios* (2ª. Ed.). São Paulo: Editora 34.
- Pettigrew, T. F., & Meertens, R. W. (1995). Subtle and blatant prejudice in western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25(1), 203-226.
- Pettigrew, T. F. (1959). Regional differences in anti-Negro prejudice. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59(1), 28-36.
- Pettigrew, T. F., & Meertens, R. W. (2001). In defense of the subtle prejudice concept: A retort. *European Journal of Social Psychology*, 31(3), 299-309.
- Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of personality and social psychology*, 90(5), 751-783.
- Pettigrew, T. F. (1998). Intergroup contact theory. *Annu. Rev. Psychol.*, 49(1), 65-85.
- Pettigrew, T. F., Tropp, L. R., Wagner, U., & Christ, O. (2011). Recent advances in intergroup contact theory. *International Journal of Intercultural Relations*, 35(3), 271-280. DOI:10.1016/j.ijintrel.2011.03.001
- Phelan, J. C. (2005). Geneticization of deviant behavior and consequences for stigma: the case of mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(4), 307-322.
- Pilati, R., & Laros, J. A. (2007). Modelos de equações estruturais em psicologia: conceitos e aplicações. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 23(2), 205-216.
- Pinho, L. B. D., Hernández, A. M. B., & Kantorski, L. P. (2010). Concepção de clientela: análise do discurso da benevolência no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(3), 377-384.

- Querido, A., Tomás, C., & Carvalho, D. (2016). O Estigma face à doença mental nos estudantes de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (n.esp.3), 67-72. DOI:10.19131/rpesm.0120
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L., & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the “mental illness is an illness like any other” approach. *Acta Psychiatrica Scand*, 114(5), pp. 303–318. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x
- Ribeiro, M. B. S., Martins, S. T. F., & Oliveira, L. R. (2009). Familiares de usuários vivenciando a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. *Estudos de Psicologia*, 14(2), 133-140.
- Rivera, G. A. (2009). *As novas formas de racismo e os valores sociais*. (Dissertação). Mestrado em Psicologia, UFPB, João Pessoa.
- Rokeach, M. (1960). *The open and closed mind*. Nova York: Basic Books.
- Rokeach, M., & Rothman, G. (1965). The principle of belief congruence and the congruity principle as models of cognitive interaction. *Psychological Review*, 72(2), 128-142.
- Ross, C. A. & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 558–567. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x
- Santos, M. R., & Lima, M. E. O. (2012). Processos de Desumanização dos Ciganos em Sergipe. *Clínica & Cultura*, 1(1), 83-95.
- Santos, W. S. D., Gouveia, V. V., Navas, M. S., Pimentel, C. E., & Gusmão, E. É. D. S. (2006). The modern racism scale: adaptation to Brazilian context. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 637-645.
- Sherif, M., & Sherif, C. W. (1953). *Groups in harmony and tension*. New York: Harper.

- Sidanius, J. P., & Pratto, F. F. (1999). *Social dominance*. New York: Cambridge University Press.
- Silveira, L. C., & Braga, V. A. B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Rev. latinoam. enferm*, 13(4), pp. 591-595.
- Sousa, S., Marques, A., Curral, R., & Queirós, C. (2012). Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34(4), 186-197.
- Stephan, W. G., Boniecki, K. A., Ybarra, O., Bettencourt, A., Ervin, K. S., Jackson, L. A., ... & Renfro, C. L. (2002). The role of threats in the racial attitudes of Blacks and Whites. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(9), 1242-1254.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston: Allyn and Bacon.
- Tajfel, H. (1982). *Grupos Humanos e Categorias Sociais* (Vol. I e II). Lisboa: Livros Horizonte.
- Talaska, C. A., Fiske, S. T., & Chaiken, S. (2008). Legitimizing racial discrimination: emotions, not beliefs, best predict discrimination in a meta-analysis. *Soc Just Res*, 21(3), 263–296. DOI 10.1007/s11211-008-0071-2
- Tavares, T. L. (2012). *Repertórios discursivos sobre cotas raciais e suas implicações no tratamento de alunos cotistas*. (Dissertação). Psicologia social. Universidade Federal da Paraíba, BR.
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225.
- Techio, E. M. (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. 21-76). Brasília: Technopolitik.

Teixeira, E. H., Pereira, M. C., Rigacci, R., & Dalgarrondo, P. (2007). Esquizofrenia, psicopatologia e crime violento: uma revisão das evidências empíricas. *J Bras Psiquiatr.[Internet]*, 56(2), 127-133.

Todor, I. (2013). Opinions about Mental Illness. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 82, 209-214. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.247

Turra, C., & Venturi, G. (1995). *Racismo cordial: a mais completa análise sobre preconceito de cor no Brasil*. São Paulo: Ática.

Vacchiano, R. B., Strauss, P. S., & Hochman, L. (1969). The open and closed mind: a review of dogmatism. *Psychological Bulletin*, 71(4), 261-273.

Walker, I., & Read, J. (2002). The differential effectiveness of psychosocial and biogenetic causal explanations in reducing negative attitudes toward “mental illness”. *Psychiatry*, 65(4), 313-325.

Watkins, D. 1989. The role of confirmatory factor analysis in cross-cultural research. *International Journal of Psychology*, 24(6), 685-701.

Zoby, M. C. D. C. (2016). *Zefinha, aquela que não pode retornar: reflexões sobre periculosidade, saúde mental e sistema penal*. Monografia (graduação). Universidade de Brasília, Instituto de Ciência Política.

Site:

www.abrebrasil.org.br. Acessado em 04/04/2016

APÊNDICES

APÊNDICE 1

INSTRUMENTOS – ESTUDO 1

1) ESCALA DE PERCEPÇÃO DE AMEAÇA FRENTE À ESQUIZOFRENIA

INSTRUÇÕES: Agora circule o número que melhor representa a sua resposta, para cada uma das frases abaixo, variando de “discorda totalmente” (1) a “concorda totalmente” (5).

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

1. É muito perigoso conviver com um(a) portador(a) de esquizofrenia.	1	2	3	4	5
2. É assustador pensar em pessoas que sejam portadores de esquizofrenia morando em bairros residenciais.	1	2	3	4	5
3. Portadores de esquizofrenia são pessoas perigosas.	1	2	3	4	5
4. Sinto algum receio quando estou na presença de um(a) portador(a) de esquizofrenia.	1	2	3	4	5
5. Portadores de esquizofrenia podem agir agressivamente a qualquer momento.	1	2	3	4	5
6. Portadores de esquizofrenia são pessoas que podem matar com facilidade.	1	2	3	4	5
7. Portadores de esquizofrenia ameaçam a tranquilidade de um bairro.	1	2	3	4	5
8. Portadores de esquizofrenia possuem muita força física.	1	2	3	4	5
9. Portadores de esquizofrenia tem a sexualidade pervertida.	1	2	3	4	5

2) ESCALA DE REJEIÇÃO A RELAÇÕES DE INTIMIDADE FRENTE À ESQUIZOFRENIA

INSTRUÇÕES: Imagine agora que você conhece uma pessoa com esquizofrenia. 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.

Nem um pouco incomodado	Pouco Incomodado	Mais ou menos incomodado	Incomodado	Muito incomodado
1	2	3	4	5

1. Ter algum parente seu casado com alguém que seja portador(a) de esquizofrenia	1	2	3	4	5
2. Ter um amigo(a) próximo(a) que seja portador(a) de esquizofrenia	1	2	3	4	5
3. Ter um(a) portador(a) de esquizofrenia como seu(sua) chefe de trabalho	1	2	3	4	5
4. Ter um(a) portador(a) de esquizofrenia como colega de trabalho	1	2	3	4	5
5. Ter um(a) namorado(a) portador(a) de esquizofrenia	1	2	3	4	5
6. Ter um(a) portador(a) de esquizofrenia como cuidador(a) de uma criança	1	2	3	4	5
7. Participar de festas onde esteja presente alguém que seja portador(a) de esquizofrenia	1	2	3	4	5
8. Ter um(a) vizinho(a) que seja portador(a) de esquizofrenia	1	2	3	4	5
9. Casar com uma pessoa que seja portador(a) de esquizofrenia	1	2	3	4	5

3) ESCALA DE PERCEPÇÃO DE INADEQUAÇÃO AO PADRÃO DE NORMALIDADE

INSTRUÇÕES: Abaixo apresentamos uma lista de frases sobre pessoas com esquizofrenia. Gostaríamos que indicasse em que medida concorda com estas frases. Circle 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 “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (5).

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

1. O portador de esquizofrenia não se esforça o suficiente para viver uma vida como a das outras pessoas.	1	2	3	4	5
2. O portador de esquizofrenia não se empenha em viver como as pessoas normais.	1	2	3	4	5
3. O portador de esquizofrenia não tem as características necessárias para se obter uma vida bem sucedida.	1	2	3	4	5

4) ESCALA DE EXAGERO DAS DIFERENÇAS GRUPAIS

INSTRUÇÕES: Quão semelhantes ou diferentes você acha que os portadores de esquizofrenia são em relação a pessoas como você...

Muito semelhantes	Semelhantes	Nem semelhantes nem diferentes	Diferentes	Muito diferentes
1	2	3	4	5

1. Na expressão de sua agressividade?	1	2	3	4	5
2. Em suas práticas sexuais?	1	2	3	4	5
3. No jeito que eles falam?	1	2	3	4	5
4. No jeito que eles se comportam?	1	2	3	4	5

5) ESCALA DE BENEVOLÊNCIA FRENTE À ESQUIZOFRENIA

INSTRUÇÕES: Abaixo apresentamos uma lista de frases sobre as pessoas com esquizofrenia. 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 “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (5).

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

1. O portador de esquizofrenia só precisa de carinho, amor e atenção.	1	2	3	4	5
2. O portador de esquizofrenia é um ser muito carente de afeto.	1	2	3	4	5
3. Não há muito que se fazer pelas pessoas com esquizofrenia, apenas cuidar para que elas estejam confortáveis e bem alimentadas.	1	2	3	4	5
4. As pessoas precisam ter mais piedade do portador de esquizofrenia.	1	2	3	4	5
5. O portador de esquizofrenia é como se fosse uma criança grande.	1	2	3	4	5
6. Os portadores de esquizofrenia precisam de alguém que cuide deles 24 horas por dia.	1	2	3	4	5
7. Certas coisas não devem ser ditas aos portadores de esquizofrenia porque qualquer coisa pode afetá-los.	1	2	3	4	5

8. O portador de esquizofrenia não tem consciência das coisas, por isso precisa de alguém que cuide dele.	1	2	3	4	5
9. Penso que o portador de esquizofrenia é um ser indefeso.	1	2	3	4	5

APÊNDICE 2

INSTRUMENTOS – ESTUDO 2

1) ESCALA DE PERCEPÇÃO DE AMEAÇA FRENTE À ESQUIZOFRENIA

INSTRUÇÕES: Agora circule o número que melhor representa a sua resposta, para cada uma das frases abaixo, variando de “discorda totalmente” (1) a “concorda totalmente” (5).

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

1. É muito perigoso conviver com um(a) portador(a) de esquizofrenia.	1	2	3	4	5
2. É assustador pensar em pessoas que sejam portadores de esquizofrenia morando em bairros residenciais.	1	2	3	4	5
3. Portadores de esquizofrenia são pessoas perigosas.	1	2	3	4	5
4. Sinto algum receio quando estou na presença de um(a) portador(a) de esquizofrenia.	1	2	3	4	5
5. Portadores de esquizofrenia podem agir agressivamente a qualquer momento.	1	2	3	4	5
6. Portadores de esquizofrenia são pessoas que podem matar com facilidade.	1	2	3	4	5
7. Portadores de esquizofrenia ameaçam a tranquilidade de um bairro.	1	2	3	4	5
8. Portadores de esquizofrenia possuem muita força física.	1	2	3	4	5
9. Portadores de esquizofrenia tem a sexualidade pervertida.	1	2	3	4	5

2) ESCALA DE REJEIÇÃO A RELAÇÕES DE INTIMIDADE FRENTE À ESQUIZOFRENIA

INSTRUÇÕES: Imagine agora que você conhece uma pessoa com esquizofrenia. 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.

Nem um pouco incomodado	Pouco Incomodado	Mais ou menos incomodado	Incomodado	Muito incomodado
1	2	3	4	5

1. Ter algum parente seu casado com alguém que seja portador(a) de esquizofrenia	1	2	3	4	5
2. Ter um amigo(a) próximo(a) que seja portador(a) de esquizofrenia	1	2	3	4	5
3. Ter um(a) portador(a) de esquizofrenia como seu(sua) chefe de trabalho	1	2	3	4	5
4. Ter um(a) portador(a) de esquizofrenia como colega de trabalho	1	2	3	4	5
5. Ter um(a) namorado(a) portador(a) de esquizofrenia	1	2	3	4	5
6. Ter um(a) portador(a) de esquizofrenia como cuidador(a) de uma criança	1	2	3	4	5
7. Participar de festas onde esteja presente alguém que seja portador(a) de esquizofrenia	1	2	3	4	5
8. Ter um(a) vizinho(a) que seja portador(a) de esquizofrenia	1	2	3	4	5
9. Casar com uma pessoa que seja portador(a) de esquizofrenia	1	2	3	4	5

3) ESCALA DE PERCEPÇÃO DE INADEQUAÇÃO AO PADRÃO DE NORMALIDADE

INSTRUÇÕES: Abaixo apresentamos uma lista de frases sobre pessoas com esquizofrenia. 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 “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (5).

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

1. O portador de esquizofrenia não se esforça o suficiente para viver uma vida como a das outras pessoas.	1	2	3	4	5
2. O portador de esquizofrenia não se empenha em viver como as pessoas normais.	1	2	3	4	5

3. O portador de esquizofrenia não tem as características necessárias para se obter uma vida bem sucedida.	1	2	3	4	5
4. O portador de esquizofrenia não possui condições para viver normalmente.	1	2	3	4	5
5. O portador de esquizofrenia não tenta viver adequadamente.	1	2	3	4	5
6. O portador de esquizofrenia não possui habilidades para viver como pessoas normais.	1	2	3	4	5

4) ESCALA DE EXAGERO DAS DIFERENÇAS GRUPAIS

INSTRUÇÕES: Quão semelhantes ou diferentes você acha que os portadores de esquizofrenia são em relação a pessoas como você...

Muito semelhantes	Semelhantes	Nem semelhantes nem diferentes	Diferentes	Muito diferentes
1	2	3	4	5

1. Na expressão de sua agressividade?	1	2	3	4	5
2. Em suas práticas sexuais?	1	2	3	4	5
3. No jeito que eles falam?	1	2	3	4	5
4. No jeito que eles se comportam?	1	2	3	4	5

5) ESCALA DE BENEVOLÊNCIA FRENTE À ESQUIZOFRENIA

INSTRUÇÕES: Abaixo apresentamos uma lista de frases sobre as pessoas com esquizofrenia. 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 “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (5).

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

1. Não há muito que se fazer pelas pessoas com esquizofrenia, apenas cuidar para que elas estejam confortáveis e bem alimentadas.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

2. As pessoas precisam ter mais piedade do portador de esquizofrenia.	1	2	3	4	5
3. O portador de esquizofrenia é como se fosse uma criança grande.	1	2	3	4	5
4. Os portadores de esquizofrenia precisam de alguém que cuide deles 24 horas por dia.	1	2	3	4	5
5. Certas coisas não devem ser ditas aos portadores de esquizofrenia porque qualquer coisa pode afetá-los.	1	2	3	4	5
6. O portador de esquizofrenia não tem consciência das coisas, por isso precisa de alguém que cuide dele.	1	2	3	4	5
7. Penso que o portador de esquizofrenia é um ser indefeso.	1	2	3	4	5

APENDICE 3

INSTRUMENTOS – ESTUDO 3

1) ESCALA DE PERCEPÇÃO DE AMEAÇA FRENTE À ESQUIZOFRENIA

INSTRUÇÕES: Agora circule o número que melhor representa a sua resposta, para cada uma das frases abaixo, variando de “discorda totalmente” (1) a “concorda totalmente” (5).

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

1. É muito perigoso conviver com um(a) portador(a) de esquizofrenia.	1	2	3	4	5
2. É assustador pensar em pessoas que sejam portadores de esquizofrenia morando em bairros residenciais.	1	2	3	4	5
3. Portadores de esquizofrenia são pessoas perigosas.	1	2	3	4	5
4. Sinto algum receio quando estou na presença de um(a) portador(a) de esquizofrenia.	1	2	3	4	5
5. Portadores de esquizofrenia podem agir agressivamente a qualquer momento.	1	2	3	4	5
6. Portadores de esquizofrenia são pessoas que podem matar com facilidade.	1	2	3	4	5
7. Portadores de esquizofrenia ameaçam a tranquilidade de um bairro.	1	2	3	4	5
8. Portadores de esquizofrenia possuem muita força física.	1	2	3	4	5
9. Portadores de esquizofrenia tem a sexualidade pervertida.	1	2	3	4	5

2) ESCALA DE REJEIÇÃO A RELAÇÕES DE INTIMIDADE FRENTE À ESQUIZOFRENIA

INSTRUÇÕES: Imagine agora que você conhece uma pessoa com esquizofrenia. 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.

Nem um pouco incomodado	Pouco Incomodado	Mais ou menos incomodado	Incomodado	Muito incomodado
1	2	3	4	5

1. Ter algum parente seu casado com alguém que seja portador(a) de esquizofrenia	1	2	3	4	5
2. Ter um amigo(a) próximo(a) que seja portador(a) de esquizofrenia	1	2	3	4	5
3. Ter um(a) portador(a) de esquizofrenia como seu(sua) chefe de trabalho	1	2	3	4	5
4. Ter um(a) portador(a) de esquizofrenia como colega de trabalho	1	2	3	4	5
5. Ter um(a) namorado(a) portador(a) de esquizofrenia	1	2	3	4	5
6. Ter um(a) portador(a) de esquizofrenia como cuidador(a) de uma criança	1	2	3	4	5
7. Participar de festas onde esteja presente alguém que seja portador(a) de esquizofrenia	1	2	3	4	5
8. Ter um(a) vizinho(a) que seja portador(a) de esquizofrenia	1	2	3	4	5
9. Casar com uma pessoa que seja portador(a) de esquizofrenia	1	2	3	4	5

3) ESCALA DE PERCEPÇÃO DE INADEQUAÇÃO AO PADRÃO DE NORMALIDADE

INSTRUÇÕES: Abaixo apresentamos uma lista de frases sobre pessoas com esquizofrenia. 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 “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (5).

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

1. O portador de esquizofrenia não se esforça o suficiente para viver uma vida como a das outras pessoas.	1	2	3	4	5
2. O portador de esquizofrenia não se empenha em viver como as pessoas normais.	1	2	3	4	5

3. O portador de esquizofrenia não tem as características necessárias para se obter uma vida bem sucedida.	1	2	3	4	5
4. O portador de esquizofrenia não possui condições para viver normalmente.	1	2	3	4	5
5. O portador de esquizofrenia não tenta viver adequadamente.	1	2	3	4	5
6. O portador de esquizofrenia não possui habilidades para viver como pessoas normais.	1	2	3	4	5

4) ESCALA DE EXAGERO DAS DIFERENÇAS GRUPAIS

INSTRUÇÕES: Quão semelhantes ou diferentes você acha que os portadores de esquizofrenia são em relação a pessoas como você...

Muito semelhantes	Semelhantes	Nem semelhantes nem diferentes	Diferentes	Muito diferentes
1	2	3	4	5

1. Na expressão de sua agressividade?	1	2	3	4	5
2. Em suas práticas sexuais?	1	2	3	4	5
3. No jeito que eles falam?	1	2	3	4	5
4. No jeito que eles se comportam?	1	2	3	4	5

5) ESCALA DE BENEVOLÊNCIA FRENTE À ESQUIZOFRENIA

INSTRUÇÕES: Abaixo apresentamos uma lista de frases sobre as pessoas com esquizofrenia. Gostaríamos que indicasse em que medida concorda com estas frases. Circle 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 “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (5).

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

1. Não há muito que se fazer pelas pessoas com esquizofrenia, apenas cuidar para que elas estejam confortáveis e bem alimentadas.	1	2	3	4	5
2. As pessoas precisam ter mais piedade do portador de esquizofrenia.	1	2	3	4	5

3. O portador de esquizofrenia é como se fosse uma criança grande.	1	2	3	4	5
4. Os portadores de esquizofrenia precisam de alguém que cuide deles 24 horas por dia.	1	2	3	4	5
5. Certas coisas não devem ser ditas aos portadores de esquizofrenia porque qualquer coisa pode afetá-los.	1	2	3	4	5
6. O portador de esquizofrenia não tem consciência das coisas, por isso precisa de alguém que cuide dele.	1	2	3	4	5
7. Penso que o portador de esquizofrenia é um ser indefeso.	1	2	3	4	5

6) ESCALA DE ESTEREÓTIPOS FRENTE À ESQUIZOFRENIA

INSTRUÇÕES: Indique numa escala de 1 (nada) a 5 (muito) em que medida você considera que o portador de esquizofrenia é:

Nada 1 2 3 4 5 Muito

1. Perigoso	1	2	3	4	5
2. Criativo	1	2	3	4	5
3. Imprevisível	1	2	3	4	5
4. Capaz	1	2	3	4	5
5. Digno de pena	1	2	3	4	5
6. Inteligente	1	2	3	4	5

7) ESCALA DE CRENÇAS SOBRE A DOENÇA MENTAL

INSTRUÇÕES: Abaixo apresentamos uma lista de frases sobre a doença mental. Pensando na ESQUIZOFRENIA, 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
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

APENDICE 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é sobre crenças em relação às pessoas com transtornos mentais graves, notadamente a esquizofrenia. Está sendo desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química (GPSMDQ) da UFPB. Solicitamos a sua colaboração para a realização da pesquisa, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área e publicar em revista científica/livro; destacando que o anonimato será sempre respeitado.

Esclarecemos, ainda, 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 pela pesquisadora. 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.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora Juliana Rízia Félix de Melo. E-mail: julianarizia@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa. Endereço: Centro de Ciências da Saúde - 1º andar / Campus I / Cidade Universitária / João Pessoa, PB. CEP: 58.051-900 – Fone: (83) 3216 7791.

Dados do respondente:

Idade: _____

Sexo: masculino () feminino ()

Curso: _____

Possui convívio com alguém portador de esquizofrenia: sim () não ()

ANEXO

Certidão do Comitê de Ética

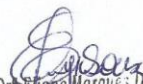


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

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 6ª Reunião realizada no dia 30/06/2014, o Projeto de pesquisa intitulado: **“ESCALA DE ESTEREÓTIPOS SOBRE A ESQUIZOFRENIA: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO”** da Pesquisadora Silvana Carneiro Maciel. Protocolo 0274/14. CAAE: 31639014.0.0000.5188.

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


Dr. Eliane Marques D. Sousa
Coordenadora CEP/CCS/UFPB
Mat. SIAPE: 0332618