



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL
GRUPO DE PESQUISA EM SAÚDE MENTAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

PRECONCEITO, RELIGIOSIDADE E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS:
ARTICULAÇÕES SOBRE A ESQUIZOFRENIA

LINNIKER MATHEUS SOARES DE MOURA

João Pessoa, Paraíba

Março, 2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL
GRUPO DE PESQUISA EM SAÚDE MENTAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

PRECONCEITO, RELIGIOSIDADE E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS:
ARTICULAÇÕES SOBRE A ESQUIZOFRENIA

LINNIKER MATHEUS SOARES DE MOURA
Mestrando (PPGPS – UFPB)

PROFa. DRa. SILVANA CARNEIRO MACIEL
Orientadora (PPGPS – UFPB)

João Pessoa, Paraíba

Março, 2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL
GRUPO DE PESQUISA EM SAÚDE MENTAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

PRECONCEITO, RELIGIOSIDADE E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS:
ARTICULAÇÕES SOBRE A ESQUIZOFRENIA

Dissertação de mestrado acadêmico apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social, sob a orientação da Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel.

João Pessoa, Paraíba

Março, 2021

M929p Moura, Linniker Matheus Soares de.

Preconceito, religiosidade e representações sociais
: articulações sobre a esquizofrenia / Linniker Matheus
Soares de Moura. - João Pessoa, 2021.

163 f. : il.

Orientação: Silvana Carneiro Maciel.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Preconceito - Esquizofrenia. 2. Representações
sociais. 3. Religiosidade. I. Maciel, Silvana Carneiro.
II. Título.

UFPB/BC

CDU 316.647.8:616.895.8(043)



ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Aos Vinte e quatro dias do mês de março de dois mil e vinte e um, reuniram-se em solenidade pública, via videoconferência (<https://meet.google.com/sso-cvhr-bdo>), os membros da comissão designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social para o exame de Defesa de DISSERTAÇÃO do discente **LINNIKER MATHEUS SOARES DE MOURA** (orientando, UFPB, CPF: 611.077.813-37). Foram componentes da banca examinadora: Prof^a. Dr^a. Silvana Carneiro Maciel (UFPB, Orientadora, CPF: 601.115.774-20), Prof^a. Dr^a. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli (UFPB, Membro interno ao programa, CPF: 380.402.474-20), Prof^a. Dr^a. Tatiana de Lucena Torres (UFPB, externo ao programa, CPF: 028.034.344-23) e Prof. Dr. André Faro Santos (UFS, externo à instituição, CPF: 003.664.745-45). À cerimônia compareceram, além do examinado, alunos de pós-graduação, representantes dos corpos docente e discente da Universidade Federal da Paraíba e interessados em geral. Dando início aos trabalhos, a presidente da banca, Prof^a. Dr^a. Silvana Carneiro Maciel, após declarar o objetivo da reunião, apresentou o examinado **LINNIKER MATHEUS SOARES DE MOURA** e, em seguida, concedeu-lhe a palavra para que apresentasse o conteúdo do trabalho, intitulado: **“PRECONCEITO, RELIGIOSIDADE E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: ARTICULAÇÕES SOBRE A ESQUIZOFRENIA”**. A seguir, o examinado foi arguido pelos examinadores na forma regimental. Ato contínuo, passou a comissão, em secreto, a proceder a avaliação e julgamento do trabalho, concluindo por atribuir-lhe a avaliação **“APROVADO”** na defesa do trabalho final para conclusão do curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, nível mestrado. Nada mais havendo a tratar, eu, Patrícia Nunes da Fonseca, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da UFPB, lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada por todos, assino juntamente com os membros da banca. João Pessoa, 24 de março de 2021.

Silvana Carneiro Maciel

Prof^a. Dr^a. Silvana Carneiro Maciel

Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli

Prof^a. Dr^a. Ana Alayde Werba Saldanha
Pichelli

Tatiana de Lucena Torres

Prof^a. Dr^a. Tatiana de Lucena Torres

André Faro Santos

Prof. Dr. André Faro Santos

Patrícia Nunes da Fonseca

Prof.^a Dr.^a Patrícia Nunes da Fonseca

Coordenadora do PPGPS

**PRECONCEITO, RELIGIOSIDADE E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS:
ARTICULAÇÕES SOBRE A ESQUIZOFRENIA**

Linniker Matheus Soares de Moura

BANCA AVALIADORA:

Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel
Orientadora (PPGPS – UFPB)

Profa. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli
Membra Interna (PPGPS – UFPB)

Profa. Dra. Tatiana de Lucena Torres
Membra Externa (PPGpsi – UFRN)

Prof. Dr. André faro Santos
Membro Externo (PPGPSI – UFS)

*A Deus, a Rafael e Ailza, à Dona Dinha, à Mãe Neném e àqueles
que de alguma forma estão comigo. Sem vocês isso não seria
possível.*

Do not go gentle into that good night

*Do not go gentle into that good night,
Old age should burn and rave at close of day;
Rage, rage against the dying of the light.*

*Though wise men at their end know dark is right,
Because their words had forked no lightning they
Do not go gentle into that good night.*

*Good men, the last wave by, crying how bright
Their frail deeds might have danced in a green bay,
Rage, rage against the dying of the light.*

*Wild men who caught and sang the sun in flight,
And learn, too late, they grieved it on its way
Do not go gentle into that good night.*

*Grave men, near death, who see with blinding sight
Blind eyes could blaze like meteors and be gay,
Rage, rage against the dying of the light.*

*And you, my father, there on the sad height,
Curse, bless, em now with your fierce tears, I pray.
Do not go gentle into that good night.
Rage, rage against the dying of the light.*

Dylan Thomas,

*Nós não somos o que gostaríamos de ser.
Nós não somos o que ainda iremos ser.
Mas, graças a Deus,
Não somos mais quem nós éramos.*

Martin Luther King

*Dado que a morte é certa,
mas o momento da morte é incerto,
o que é mais importante?*

Pema Chödrön

AGRADECIMENTOS

É tudo sobre ser

Ser um abraço para o solitário
Um sorriso para o entristecido
Um ouvido para o calado
Um ombro amigo ao traído
Um colo ao desamparado
Um amor ao odiado
Uma mão ao desprezado

Não é sobre ter
É sobre conquistar

a primeira palavra
o primeiro dia de aula
o diploma
o primeiro salário
a primeira paixão
a primeira decepção
a volta por cima
talvez mais uma desilusão
partir em uma jornada
o prazer da chegada

Não é sobre construir impérios
mas memórias

dançar aquela música
rir daquela história
um dia com quem se foi
uma noite com quem se ama
um abraço antes da partida
o cabelo molhado da chuva
fazer um novo amigo
uma cicatriz da infância
aprender aquela receita
cantar no chuveiro

é sobre viver
e saber que valeu a pena

Linniker Moura

Agradeço a Deus, por tudo que já fez por mim e pela certeza de que nunca me abandonará.

Agradeço à minha mãe, Ailza, e ao meu pai, Rafael. Sem vocês, nada disso seria possível. Lembro-me de cada palavra, de cada ensinamento, de cada noite em claro, de cada momento em que chorei no colo de vocês ou que sorrimos juntos; de cada luta, de cada vitória, cada perda e cada conquista, e aqui estou conquistando mais um sonho. Isso também é de vocês.

Às minhas queridas avós. Partiram cedo demais, só que na verdade nunca se é uma boa hora para partir. Obrigado por terem deixado memórias tão boas para mim. Aqueles que amamos nunca morrem em nossos corações, vocês estão vivas em mim.

Aos amores que ganhei nessa vida, e se você é um deles com certeza eu já lhe disse isso, muito obrigado. Obrigado por estarem em minha vida, por tudo que compartilhamos juntos e por todo o amor que há em nossas relações.

Em especial, quero agradecer aos meus amigos e amigas da graduação em Psicologia na UFPB. Se eu soubesse que estar com vocês todos os dias faria tanta falta eu teria aproveitado mais. Cada café na praça, cada noite em claro, cada trabalho em grupo, cada desespero antes das provas, cada partida de UNO, cada viagem, cada cochilo pelos corredores do CCHLA... Cada momento que estivemos juntos foi memorável. Vocês foram uma das melhores partes da minha graduação. Eu espero que sempre, onde quer que vocês estejam, vocês sejam felizes. Eu fui feliz demais com vocês!

Aos meus amigos e amigas da pós-graduação, obrigado por tornarem o meio acadêmico mais leve e por compartilharem esse sonho comigo. Vocês são incríveis!

À minha orientadora, Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel. Obrigado por todos esses anos de orientação e de mentoria, pelas vezes que cuidou de mim como um filho, pela preocupação não só com meu conhecimento, mas com o que eu iria comer e como eu estava

me sentindo, isso com certeza fez a diferença na minha formação. Agradeço a você e aos professores e professoras que marcaram essa minha trajetória acadêmica com respeito, amor e responsabilidade frente à ciência e à Psicologia.

Agradeço aos integrantes do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química (GPSMDQ), por terem tornado nosso núcleo de pesquisa uma segunda casa, um ambiente acolhedor e de trocas de conhecimento e experiências, com certeza vocês foram essenciais para que hoje eu estivesse aqui.

Agradeço à Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Acredito no ensino superior público e de qualidade, sou nordestino, negro e formado em uma universidade pública com muito orgulho. Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (PPGPS/UFPB) por lutar pelo desenvolvimento da Psicologia Social, e agradeço às instituições de fomento, CAPES e CNPq pelo apoio científico e financeiro.

Obrigado a todos e todas. O Linniker que chegou à Paraíba em 6 de agosto de 2014, sozinho e como medo de começar uma nova etapa, que sonhava em chegar nesse lugar não estaria aqui sem vocês. Eu ainda não me encontrei por completo, mas com certeza não estou mais tão perdido quanto estava antes.

Amo vocês!

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	10
Resumo	15
Abstract.....	17
Resumen.....	19
APRESENTAÇÃO	21
Pressupostos e Hipóteses.....	24
Objetivos	25
REFERÊNCIAS	28
ARTIGO TEÓRICO	33
PRECONCEITO, RELIGIOSIDADE E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: ARTICULAÇÕES TEÓRICAS SOBRE A ESQUIZOFRENIA ¹	33
1. Breve histórico da loucura e da esquizofrenia	33
2. Embasamento Teórico sobre Preconceito frente à Esquizofrenia.....	43
3. Religiosidade e Preconceito	51
4. Teoria das Representações Sociais.....	56
5. Considerações Finais.....	63
Referências.....	67
ARTIGOS EMPÍRICOS	82
ESQUIZOFRENIA E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	82
1. Introdução	85
2. Método	87
3. Análise dos dados.....	87
4. Resultados e Discussão	88
5. Considerações finais.....	102
Referências.....	104
ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE EXPRESSÃO EMOCIONAL PARA O CONTEXTO DA ESQUIZOFRENIA	108
1. Introdução.....	111
2. Estudo 1 (Análise Fatorial Exploratória)	114
3. Estudo 2 (Análise Fatorial Confirmatória).....	119
4. Discussão.....	122
Referências.....	124

EMOÇÕES, ESTEREÓTIPOS, REJEIÇÃO À INTIMIDADE FRENTE À ESQUIZOFRENIA E ATITUDE RELIGIOSA: UM ESTUDO CORRELACIONAL	129
1. Introdução.....	132
2. Método	135
3. Resultados	138
4. Discussões	148
5. Considerações Finais.....	150
Referências.....	152
Considerações Finais Gerais	156
APÊNDICES.....	159
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	159
INSTRUMENTOS	161

PRECONCEITO, RELIGIOSIDADE E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: ARTICULAÇÕES SOBRE A ESQUIZOFRENIA

Resumo

Quanto à temática dos transtornos mentais, o preconceito é um elemento que vem se rerepresentando sistematicamente, e estudos demonstram que alguns transtornos sofrem mais preconceito do que outros, como é o caso da esquizofrenia. Desta forma, estudar este fenômeno requer diversos olhares e análises, principalmente sobre elementos que influenciam nessa dinâmica que engloba práticas, realidades diversas e representações sociais. Estudar essas representações também permite o contato com toda essa dinâmica social e psíquica e permite analisar aspectos que interferem na dinâmica social, com vista a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, mais especificamente a esquizofrenia. Esta dissertação seguirá o formato de artigos, teóricos e empíricos, de forma a tratar a temática proposta com certo aprofundamento científico. O artigo 1, intitulado “Preconceito, Religiosidade e Representações Sociais: articulações teóricas sobre a esquizofrenia”, traz uma discussão teórica cujo objetivo é conduzir o leitor à reflexão sobre a influência do contexto na formação e manutenção do preconceito, bem como na gênese e desenvolvimento das representações sociais, e questionar sobre o papel da religiosidade nesta dinâmica. Desta forma discutimos que o preconceito nasce a partir das dinâmicas sociais e pode ser modulado por elementos da realidade social como a religiosidade, uma variável que se demonstra importante em estudos internacionais sobre o preconceito e que também tem sido relevante ao se discutir sobre a relação da sociedade entre as pessoas com transtornos mentais. O artigo 2, intitulado “Esquizofrenia e suas Representações Sociais”, teve por objetivo levantar e analisar as representações sociais sobre a esquizofrenia em uma amostra da população geral (N=80; média de idade 29,91 anos, DP 10,81), encontrando que ela continua com um aspecto fortemente negativo, tendo um foco na patologização e nos sintomas, vinculado o transtorno a estereótipos estigmatizados, como os de periculosidade e agressividade. A representação traz a força do componente afetivo “medo”, no núcleo central, indicando que a visão negativa sobre esquizofrenia influencia nas emoções expressas frente às pessoas com esse transtorno. Foi possível identificar que o preconceito e a exclusão social foram apresentados como elementos importantes da relação entre a sociedade e as pessoas com esquizofrenia, demonstrando a força que as representações têm como moduladoras de ações e influenciadoras de comportamentos. O artigo 3, intitulado “Adaptação e validação da Escala de Expressão Emocional para o contexto da esquizofrenia”, foi subdividido em dois estudos com o objetivo de adaptar e validar a Escala de Expressão Emocional proposta por Djiker em seu estudo sobre o papel das emoções nas relações intergrupais, encontrando evidências satisfatórias o suficiente dos índices de validade fatorial e consistência interna para considerar que a escala, composta por oito itens e dois fatores, é um instrumento com boas propriedades psicométricas, com dois fatores correlacionados (F1: emoções negativas de distanciamento – eigenvalue 4,55; variância explicada 56,98%; $\alpha = 0,89$ / F2: emoções negativas de desconfiança - eigenvalue 1,25; variância explicada 15,69%; $\alpha = 0,82$). O artigo 4, intitulado “Emoções, Estereótipos, Rejeição à Intimidade Frente à Esquizofrenia e Atitude Religiosa:

Um Estudo Correlacional”, teve por objetivo mensurar os níveis de rejeição à intimidade, estereótipos negativos, emoções negativas, crenças religiosas sobre a esquizofrenia e religiosidade em uma amostra da população geral (N=281; média de idade 30,04; DP 12,50), correlacionando-os em busca de indícios explicativos do preconceito. Os resultados indicam que a amostra demonstrou um nível de atitude religiosa acima do ponto médio com uma média de 3.28 pontos (DP=1,16; mediana= 3,6). Todas as variáveis apresentaram correlações significativas positivas entre si; e análises de mediação demonstraram que a relação entre atitude religiosa e variáveis que mensuram o preconceito é mediada de forma estatisticamente relevante pelas crenças religiosas sobre a esquizofrenia. Os resultados apresentados nesta dissertação não só corroboram com a literatura existente sobre o preconceito frente à esquizofrenia como também promovem avanços, à medida que propõe novos elementos para análise, consideram a influência da atitude religiosa e das crenças bem como apresentam análises que permitem verificar como o efeito de uma variável impacta em outra à medida que adicionamos variáveis mediadoras.

Palavras-chave: esquizofrenia; preconceito; representações sociais; religiosidade.

PREJUDICE, RELIGIOSITY AND SOCIAL REPRESENTATIONS: ARTICULATIONS ABOUT SCHIZOPHRENIA

Abstract

As for the theme of mental disorders, prejudice is an element that has been systematically reintroduced, and studies show that some disorders suffer more prejudice than others, such as schizophrenia. Thus, studying this phenomenon requires several views and analyzes, mainly on elements that influence this dynamic that encompasses practices, diverse realities and social representations. Studying these representations also allows contact with all this social and psychic dynamics and allows analyzing aspects that interfere in social dynamics, with a view to the social inclusion of people with mental disorders, more specifically schizophrenia. This dissertation will follow the format of articles, theoretical and empirical, in order to treat the proposed theme with a certain scientific depth. Article 1, entitled “Prejudice, Religiosity and Social Representations: theoretical articulations on schizophrenia”, brings a theoretical discussion whose objective is to lead the reader to reflect on the influence of the context in the formation and maintenance of prejudice, as well as in the genesis and development social representations, and questioning the role of religiosity in this dynamic. In this way, we argue that prejudice arises from social dynamics and can be modulated by elements of social reality such as religiosity, a variable that has been shown to be important in international studies on prejudice and that has also been relevant when discussing the relationship between society and people with mental disorders. Article 2, entitled “Schizophrenia and its Social Representations”, aimed to survey and analyze social representations about schizophrenia in a sample of the general population (N = 80; mean age 29.91 years, SD 10.81), finding that it continues to have a strongly negative aspect, focusing on pathologization and symptoms, linked the disorder to stigmatized stereotypes, such as those of dangerousness and aggressiveness. The representation brings the strength of the affective component "fear", in the central nucleus, indicating that the negative view on schizophrenia influences the emotions expressed towards people with this disorder. It was possible to identify that prejudice and social exclusion were presented as important elements of the relationship between society and people with schizophrenia, demonstrating the strength that representations have as modulators of actions and influencers of behavior. Article 3, entitled “Adaptation and validation of the Emotional Expression Scale for the context of schizophrenia”, was subdivided into two studies with the aim of adapting and validating the Emotional Expression Scale proposed by Djiker in his study on the role of emotions in intergroup relationships, finding sufficiently satisfactory evidence of the factorial validity and internal consistency indexes to consider that the scale, consisting of eight items and two factors, is an instrument with good psychometric properties, with two correlated factors (F1: negative emotions of distance - eigenvalue 4.55; explained variance 56.98%; $\alpha = 0.89$ / F2: negative emotions of distrust - eigenvalue 1.25; explained variance 15.69%; $\alpha = 0.82$). Article 4, entitled “Emotions, Stereotypes, Rejection of Intimacy in the Face of Schizophrenia and Religious Attitude: A Correlational Study”, aimed to measure the levels of rejection of intimacy, negative stereotypes, negative emotions, religious beliefs about

schizophrenia and religiosity in a sample of the general population (N = 281; mean age 30.04; SD 12.50), correlating them in search of explanatory evidence of prejudice. The results indicate that the sample showed a level of religious attitude above the midpoint with an average of 3.28 points (SD = 1.16; median = 3.6). All variables showed significant positive correlations with each other; and mediation analyzes have shown that the relationship between religious attitude and variables that measure prejudice is mediated in a statistically relevant way by religious beliefs about schizophrenia. The results presented in this dissertation not only corroborate the existing literature on prejudice against schizophrenia, but also promote advances, as it proposes new elements for analysis, consider the influence of religious attitude and beliefs as well as present analyzes that allow to verify how the effect of one variable impacts on another as we add mediating variables.

Keywords: schizophrenia; prejudice; social representations; religiosity.

PREJUICIO, RELIGIOSIDAD Y REPRESENTACIONES SOCIALES: ARTICULACIONES SOBRE LA ESQUIZOFRENIA

Resumen

En cuanto al tema de los trastornos mentales, el prejuicio es un elemento que se ha ido representando sistemáticamente, y los estudios han demostrado que algunos trastornos sufren más prejuicios que otros, como la esquizofrenia. Así, estudiar este fenómeno requiere de diferentes perspectivas y análisis, principalmente sobre los elementos que inciden en esta dinámica que engloba prácticas, realidades diversas y representaciones sociales. El estudio de estas representaciones permite también el contacto con toda esta dinámica social y psíquica y permite analizar aspectos que interfieren en la dinámica social, con miras a la inclusión social de personas con trastornos mentales, más concretamente esquizofrenia. Esta disertación seguirá el formato de artículos, teóricos y empíricos, con el fin de tratar la temática propuesta con cierta profundidad científica. El artículo 1, titulado “Prejuicio, religiosidad y representaciones sociales: articulaciones teóricas sobre la esquizofrenia”, trae una discusión teórica cuyo objetivo es llevar al lector a reflexionar sobre la influencia del contexto en la formación y mantenimiento del prejuicio, así como en la génesis y desarrollo de las representaciones sociales, y cuestionando el papel de la religiosidad en esta dinámica. De esta forma, sostenemos que el prejuicio surge de la dinámica social y puede ser modulado por elementos de la realidad social como la religiosidad, variable que se ha mostrado importante en estudios internacionales sobre prejuicio y que también ha sido relevante al discutir la relación entre sociedad entre personas con trastornos mentales. El artículo 2, titulado “La esquizofrenia y sus representaciones sociales”, tuvo como objetivo relevar y analizar las representaciones sociales sobre la esquizofrenia en una muestra de la población general (N = 80; edad media 29,91 años, DE 10,81), encontrando que continúa teniendo una fuerte El aspecto negativo, centrado en la patologización y los síntomas, vinculaba el trastorno a estereotipos estigmatizados, como los de peligrosidad y agresividad. La representación trae la fuerza del componente afectivo "miedo", en el núcleo central, lo que indica que la visión negativa sobre la esquizofrenia influye en las emociones expresadas hacia las personas con este trastorno. Se pudo identificar que el prejuicio y la exclusión social se presentaron como elementos importantes de la relación entre la sociedad y las personas con esquizofrenia, demostrando la fuerza que tienen las representaciones como moduladores de acciones e influyentes de la conducta. El artículo 3, titulado “Adaptación y validación de la Escala de Expresión Emocional para el contexto de la esquizofrenia”, se subdividió en dos estudios con el objetivo de adaptar y validar la Escala de Expresión Emocional propuesta por Djiker en su estudio sobre el papel de las emociones en las relaciones intergrupales, encontrando evidencia suficientemente satisfactoria de los índices de validez factorial y consistencia interna para considerar que la escala, compuesta por ocho ítems y dos factores, es un instrumento con buenas propiedades psicométricas, con dos factores correlacionados (F1: emociones negativas de distancia - ingevalor 4.55; varianza explicada 56,98%; $\alpha = 0,89$ / F2: emociones negativas de desconfianza - valor ingen 1,25; varianza explicada 15,69%; $\alpha = 0,82$). El artículo 4, titulado “Emociones, estereotipos, rechazo a la intimidad ante la

esquizofrenia y la actitud religiosa: un estudio correlacional”, tenía como objetivo medir los niveles de rechazo a la intimidad, estereotipos negativos, emociones negativas, creencias religiosas sobre la esquizofrenia y religiosidad en un muestra de la población general (N = 281; edad media 30,04; DE 12,50), correlacionándolos en busca de evidencia explicativa del prejuicio. Los resultados indican que la muestra mostró un nivel de actitud religiosa por encima del punto medio con una media de 3,28 puntos (DE = 1,16; mediana = 3,6). Todas las variables mostraron correlaciones positivas significativas entre sí; y los análisis de mediación han demostrado que la relación entre la actitud religiosa y las variables que miden el prejuicio está mediada de manera estadísticamente relevante por las creencias religiosas sobre la esquizofrenia. Los resultados presentados en esta disertación no solo corroboran la literatura existente sobre el prejuicio contra la esquizofrenia, sino que también promueven avances, ya que propone nuevos elementos de análisis, consideran la influencia de la actitud y creencias religiosas así como presentan análisis que permiten verificar cómo la El efecto de una variable impacta sobre otra cuando agregamos variables mediadoras.

Palabras llave: esquizofrenia; preconcepción; representaciones sociales; religiosidad.

APRESENTAÇÃO

O preconceito é uma atitude hostil, inflexível e generalizada frente a um indivíduo ou grupo, com base em uma crença de que eles possuem características negativas previamente associadas a eles (Allport, 1954; 1962). Sendo assim, existem diversos tipos de preconceito na sociedade, voltados para vários objetos sociais, como os transtornos mentais.

O preconceito frente aos transtornos mentais é um fenômeno social recorrente, reapresentando-se sistematicamente em diversos estudos (Cirilo, 2006; Melo et al., 2019; Serafim et al., 2017; Sousa et al., 2016; Sousa et al., 2018; Sousa & Maciel, 2019; Vieira et al., 2018). O que se pode observar é que uma atmosfera com sentimentos e estereótipos negativos, crenças equivocadas e práticas de exclusão ainda estão presentes em nossa sociedade (Maciel et al., 2008). Historicamente, construiu-se uma hierarquia social que colocam os “normais” acima dos “anormais”, as figuras de desatino são rebaixadas a um grupo social onde os “desequilibrados” estão abaixo dos “equilibrados” (Melo, 2017), criando uma dinâmica prejudicial sempre pesando para o lado dos grupos socialmente rechaçados. Cabe às pesquisas em ciências humanas entender quais elementos se colocam como sustentáculos para a permanência dessa hierarquia e dessa atmosfera negativa frente aos transtornos mentais.

Dentre os transtornos mentais, alguns sofrem cargas maiores de preconceitos, como a esquizofrenia, sendo alvo de níveis maiores de discriminação, atitudes negativas e vinculação a estereótipos como periculosidade e imprevisibilidade (Baba et al., 2017; Bowman & West, 2019; Laureano et al., 2019; Guarniero et al., 2012; Read et al., 2006; Santos et al., 2019; Sartorius, 2007; Suárez-Vergne et al., 2019; Utza et al., 2019). Desta forma, estudar o preconceito frente à esquizofrenia pode fornecer não só mais elementos para o entendimento

da dinâmica preconceituosa, mas de como ela se desenrola frente a transtornos mentais mais graves.

As pesquisas em preconceito apresentam diversas tendências em Psicologia Social, e buscam analisar a influência de diversos elementos no entendimento desse fenômeno complexo. Alguns pesquisadores, por exemplo, têm demonstrando grande interesse em estudar como a religiosidade tem impactado no preconceito (Cuevas & Dawson, 2020) e como tem se dado as correlações dessa interação. O que a literatura clássica demonstra é que essa correlação possui muitas flutuações: ora é positiva, ora é negativa e ora se apresenta de forma curvilínea (Remmers; 1963; Allport, Ross, 1967; Wulff, 1991; Hill & Hood, 1999); e essas flutuações são confirmadas por estudos mais recentes. Geralmente, grupos com maiores níveis de religiosidade possuem maiores níveis de preconceito, porém essa correlação pode ser afetada por diversos fatores como tipo de religião, ideologias políticas, acesso à informação ou fatores socioeconômicos (Cuevas & Dawson, 2020; Guo, Liu & Tian, 2020).

O que se pode observar na intersecção entre os temas que trouxemos até o momento é que estudos que busquem estudar as interações entre religiosidade e preconceito frente à esquizofrenia ainda são uma lacuna na literatura. Podemos encontrar estudos sobre preconceito frente à esquizofrenia, como os trabalhos desenvolvidos por Angermeyer (2004; 2012) e Corrigan (2001; 2003), autores que têm se destacado no cenário internacional, e de autores nacionais como Loch (2011), Guarniero (2012) e Melo (2017); também podemos encontrar estudos que tragam a existência de elementos de cunho religioso no que se trata ao preconceito frente aos transtornos mentais, como os trabalhos desenvolvidos pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química da UFPB juntamente à produção acadêmica da professora Silvana Maciel. Entretanto, estudos que visem investigar ambos os elementos (preconceito e religiosidade), ao mesmo tempo, são uma lacuna que pretendemos explorar nesta dissertação.

Desta forma, estudar o preconceito é um desafio às ciências sociais e uma área sempre promissora e receptiva às pesquisas, tendo em vista que enquanto existirem grupos humanos e relações de poder, haverá preconceito. Frente aos achados da literatura, despertamos o interesse em pesquisar o preconceito frente à esquizofrenia, buscando indícios da influência da religiosidade. Porém, como pesquisadores, sabemos que há uma grande diversidade teórico-metodológica que pode nos servir como lente para a análise social. Desta forma, entendemos que a análise do preconceito requer uma visão plural e complexa, à altura de um fenômeno tão peculiar. Por isso, propomos um caminho metodológico misto (qualitativo e quantitativo) e uma abordagem teórica que possa abarcar essa diversidade (Abordagem das Representações Sociais) nesta dissertação.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi um marco teórico na Psicologia Social no século XX, inaugurada por Moscovici em sua tese de doutorado (Moscovici, 1961). A TRS fornece diversos artifícios conceituais e técnicos atuais para uma análise mais robusta da realidade social (Almeida & Santos, 2011), e seu estudo auxilia a compreender não só seu papel para a realidade social, mas como elas auxiliam a tornar familiar aquilo que não o é, configurando-se como organizadoras e guias do comportamento social (Moscovici, 2012).

As Representações Sociais (RS) são uma forma de conhecimento socialmente formado e compartilhado que tem fins práticos e colaboram na compreensão e criação da realidade (Moscovici, 1978; Jodelet, 1989b). Por isso elas sempre têm um caráter dialético, dinâmico e discursivo, histórico e social. Elas dizem respeito a objetos sociais, têm sua gênese e fluxo em sociedade (Moscovici, 2012) e são uma forma de saber sobre um fenômeno social que elas mesmas ajudam a construir e a comunicar entre os grupos (Jovchelovitch, 2000). Essa comunicação versa sobre relações intergrupais e comportamento social, orientando práticas e atitudes.

A temática dos transtornos mentais se coloca como um desafio dentro dos estudos em Representações Sociais. Por ser percebido como algo não familiar, “estranho”, o caminho para familiarizar esse conceito é acompanhado tanto por uma grande diversidade de significados ambivalentes quanto por processos sociais de diferenciação. Aquele com transtornos mentais é visto como distante, como parte de outro grupo, que ao mesmo tempo em que é apreendido como diferente é visto como ameaçador, conduzindo à exclusão (Morante & Rose, 2002). É um campo desafiador, mas muito promissor no que se refere à compreensão do funcionamento das RS e como ela se relaciona com variáveis como o preconceito e a religiosidade.

Dito isto, estudo das RS referente aos transtornos mentais é relevante pois é uma forma de conhecer como elas modulam o comportamento e como auxiliam na interpretação da realidade e no conhecimento sobre questões sociais. Elas são o grande guarda-chuva que liga diferentes elementos presentes no imaginário social (pertencças grupais, crenças, estereótipos, atitudes, emoções, religiosidade, preconceito...) em uma articulação que orienta a ação e as explicações sobre objetos sociais. Conhecer as RS é ao mesmo tempo conhecer esses elementos e obter informações sobre como elas explicam a relações sociais.

Estudar sobre o preconceito frente aos transtornos mentais, sejam eles quais forem, constitui um desafio que requer diversos olhares e análises, mas também uma luta constante para que possamos avançar no fazer científico, nas novas práticas em atenção e cuidado e nas concepções em saúde mental, não o contrário. Requer também que possamos lançar olhares sobre elementos que possam influenciar nessa dinâmica que engloba representações, preconceito, práticas e as realidades sociais.

Pressupostos e Hipóteses

Neste trabalho, defendemos alguns pressupostos e hipóteses: 1) a representação social da esquizofrenia será carregada de elementos negativos e indícios de preconceito, tendo forte

vinculação à loucura, aos estereótipos de agressividade e periculosidade, ainda com a presença de elementos vinculados à religiosidade, como as crenças religiosas sobre a etiologia do transtorno e explicações sobre os sintomas; 2) o preconceito frente à esquizofrenia apresentará a presença de emoções negativas vinculadas à irritação e ansiedade; a rejeição à intimidade, estereótipos negativos, emoções negativas estarão correlacionadas positivamente à religiosidade e às crenças religiosas sobre a esquizofrenia, sendo variáveis importantes que podem ser elementos constituintes de um possível modelo explicativo do preconceito frente à esquizofrenia.

Objetivos

Os objetivos deste trabalho foram: 1) levantar e analisar as representações sociais sobre a esquizofrenia, buscando elementos de preconceito e religiosidade; 2) adaptar e validar um instrumento psicométrico de mensuração de expressão de emoções negativas frente à esquizofrenia; 3) mensurar em uma amostra da população geral os níveis de rejeição à intimidade, estereótipos negativos, emoções negativas, crenças religiosas sobre a esquizofrenia e religiosidade, correlacionando-os em busca de indícios explicativos do preconceito. Para atingir esses objetivos, este trabalho foi dividido em quatro artigos.

Dividimos esta dissertação em dois blocos. O primeiro bloco é composto pelo artigo teórico e o segundo bloco pelos artigos empíricos. **O artigo 1**, intitulado “Preconceito, Religiosidade e Representações Sociais: articulações teóricas sobre a esquizofrenia”, traz uma discussão teórica cujo objetivo é conduzir o leitor à reflexão sobre a influência do contexto na formação e manutenção do preconceito, bem como na gênese e desenvolvimento das representações sociais, e questionar sobre o papel da religiosidade nesta dinâmica. Desta forma discutimos que o preconceito nasce a partir das dinâmicas sociais e pode ser modulado por elementos da realidade social como a religiosidade, uma variável que se demonstra

importante em estudos internacionais sobre o preconceito e que também tem sido relevante ao se discutir sobre a relação da sociedade entre as pessoas com transtornos mentais.

O artigo 2, intitulado “Esquizofrenia e suas Representações Sociais”, teve por objetivo levantar e analisar as representações sociais sobre a esquizofrenia, encontrando que ela continua com um aspecto fortemente negativo, tendo um foco na patologização e nos sintomas, vinculado o transtorno a estereótipos estigmatizados, como os de periculosidade e agressividade. A representação traz a força do componente afetivo “medo”, no núcleo central da representação, indicando que a visão negativa sobre esquizofrenia influencia nas emoções expressas frente às pessoas com esse transtorno. Foi possível identificar que o preconceito e a exclusão social foram apresentados como elementos importantes da relação entre a sociedade e as pessoas com esquizofrenia, demonstrando a força que as representações têm como moduladoras de ações e influenciadoras de comportamentos.

O artigo 3, intitulado “Adaptação e validação da Escala de Expressão Emocional para o contexto da esquizofrenia”, foi subdividido em dois estudos com o objetivo de adaptar e validar a Escala de Expressão Emocional proposta por Djiker em seu estudo sobre o papel das emoções nas relações intergrupais, encontrando evidências satisfatórias o suficiente dos índices de validade fatorial e consistência interna para considerar que a escala, composta por oito itens e dois fatores, é um instrumento com boas propriedades psicométricas, com dois fatores correlacionados.

No quarto e último artigo, intitulado “Emoções, Estereótipos, Rejeição à Intimidade Frente à Esquizofrenia e Atitude Religiosa: Um Estudo Correlacional”, o objetivo foi mensurar os níveis de rejeição à intimidade, estereótipos negativos, emoções negativas, crenças religiosas sobre a esquizofrenia e religiosidade em uma amostra da população geral, correlacionando-os em busca de indícios explicativos do preconceito. Os resultados indicam que a amostra demonstrou um nível de atitude religiosa acima do ponto médio e que todas as

variáveis apresentaram correlações significativas positivas entre si; e análises de mediação demonstraram que a relação entre atitude religiosa e variáveis que mensuram o preconceito é mediada de forma estatisticamente relevante pelas crenças religiosas sobre a esquizofrenia. Esses resultados não só corroboram com a literatura existente sobre o preconceito frente à esquizofrenia como também avançam à medida que propõe novos elementos para análise, consideram a influência da atitude religiosa e das crenças bem como apresentam análises que permitem verificar como o efeito de uma variável impacta em outra à medida que adicionamos variáveis mediadoras.

Em suma, este trabalho contribui com estudos de caráter exploratório sobre a representação social da esquizofrenia, provê um instrumento psicométrico para mensurar um componente do preconceito frente à esquizofrenia, e busca avançar nos estudos da área do preconceito frente aos transtornos mentais, à medida que busca testar modelos que expliquem a interação de diversas variáveis influentes no preconceito frente à esquizofrenia. Ao final dos estudos são apresentadas as considerações e elementos pós-textuais desta dissertação.

REFERÊNCIAS

- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of personality and social psychology*, 5(4), 432. <https://doi.org/10.1037/h0021212>
- 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. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007120>
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G., & Georg Schomerus. (2012). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: Systematic review of population studies. *The British Journal of Psychiatry*, 199(5), 367–372. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085563>
- Baba, Y., Nemoto, T., Tsujino, N., Yamaguchi, T., Katagiri, N., & Mizuno, M. (2017). Stigma toward psychosis and its formulation process: prejudice and discrimination against early stages of schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 73, 181-186. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.11.005. Epub 2016 Nov 17. PMID: 28040575
- Bowman, J. W. P., & West, K. (2019). Prime and prejudice: Brief stereotypical media representations can increase prejudicial attitudes and behaviour towards people with schizophrenia. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 29(3), 167-177. <https://doi.org/10.1002/casp.2392>
- Cirilo, L. S. (2006). *Novos tempos: Saúde Mental CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande - PB
- 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.
- Cuevas, J A., & Dawson, B L. (2020). An Integrated Review of Recent Research on the Relationships Between Religious Belief, Political Ideology, Authoritarianism, and Prejudice. *Psychological Reports*, 1-38. <https://doi.org/10.1177/0033294120925392>
- 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. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 39(3), 80-84. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000300002>
- 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. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 39(3), 80-84. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000300002>
- Guo, Q., Liu, Z., & Tian, Q. (2020). Religiosity and prosocial behavior at national level. *Psychology of Religion and Spirituality*, 12(1), 55-65. <https://doi.org/10.1037/rel0000171>
- Hill, P. C., & Hood, R. W. (1999). *Measures of religiosity*. Birmingham: Religious Education Press.
- Jodelet, D. (1989b). Représentation sociales: undomaine en expansion. In: D. Jodelet (Org.), *Les representations sociales*. (pp. 31-61). Paris, França.
- Jovchelovitch, S. (2000). *Representações sociais e espaço público: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- Laureano, P. G., Jiménez, C. M. A., Rivera, G. C. A., & Jesús, I. M. S. (2019). Estigma asociado a la esquizofrenia com estudantes de Ingenieríaen Sistemas en dos

- universidades privadas de Santo Domingo. *Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 65(2), 49-60. <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/2627>
- Loch, A. A., Hengartner, M. P., Guarniero, F. B., Lawson, F. L., Wang, Y. P., Gattaz, W. F., & Rössler, W. (2011). O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 38(5), 173-177.
- 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. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712008000100014>
- Melo, J. R. F. (2017). *Preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia: explicações com base em crenças causais e estereótipos*. Tese de Doutorado em Psicologia Social. Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB.
- Melo, J. R. F., Maciel, S. C., Oliveira, M. X., Camino, L. F., & Carvalho, T. A. (2019). Benevolence Toward Schizophrenia Scale: Construction and evidence of validation. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 36, e170202. <https://doi.org/10.1590/1982-0275201936e170202>
- Morant, N., & Rose, D. (2002). Loucura, multiplicidade e alteridade. In: A. Arruda (Org.), *Representando a alteridade*. (pp. 129-148). Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- 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*

Scandinavica, 114(5), 303-318. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x. PMID: 17022790.

Remmers, H. H. (1963). *Anti-democratic attitudes in American schools*. Evanston: Northwestern University Press.

Santos, C. C., Souza, F. G., Sardinha, L. S., & Lemos, V. A. (2019). Relações entre ansiedade no pré-operatório de cirurgia cardíaca em pacientes hospitalizados. *Diálogos Interdisciplinares*, 8(8), 74-81.
<https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/805>

Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *Lancet*, 370(9590):810-1.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61245-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61245-8).

Serafim, R. C. N. S., Bú, E. A., Maciel, S. C., Santiago, T. R. S., & Alexandre, M. E. S. (2017). Representações sociais da reforma psiquiátrica e doença mental em universitários brasileiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(1), 221-233.
<https://dx.doi.org/10.15309/17psd180118>

Sousa, P. F., & Maciel, S. C. (2019). Scale of Stereotypes about the Mentally III: Construction and Preliminary Psychometric Evidence. *Trends in Psychology*, 27(2), 459-471. <https://doi.org/10.9788/tp2019.2-12>.

Sousa, P. F., Maciel, S. C., & Medeiros, K. T. (2018). Paradigma Biomédico X Psicossocial: Onde são Ancoradas as Representações Sociais Acerca do Sofrimento Psíquico?. *Trends in Psychology*, 26(2), 883-895. <https://doi.org/10.9788/tp2018.2-13pt>

Sousa, P. F., Maciel, S. C., Medeiros, K. T., & Vieira, G. L. S. (2016). Atitudes e Representações em Saúde Mental: Um Estudo com Universitários. *Psico-USF*, 21(3), 527-538. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210307>

Suárez-Vergne, A., Tardivo, G., Cano, E. D., & Fernández Fernández, M. (2019). Estereotipos sobre la depresión y la esquizofrenia em Twitter. *Espacioabierto: caderno*

venezolano de sociología, 28(3), 75-90.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7051680.pdf>

Utza, F., Bögeb, K., Hahn, E., Fuchs, L., Schomerus, G., Angermeyer, M. & Lersnera, U.

(2019). Public attitudes towards depression and schizophrenia in an urban Turkish

sample. *Asian journal of psychiatry*, 45, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.07.015>

Vieira, G. L. S., Menezes, L. S. C., Sousa, P. F., & Maciel, S. C. (2018). Concepções de

usuários de um CAPS sobre o tratamento e inclusão. *Psicologia & Sociedade*, 30,

e187474. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30187474>

Wulff, D. M. (1991). *Psychology of religion: Classic and contemporary views*. New Jersey:

John Wiley & Sons.

PRECONCEITO, RELIGIOSIDADE E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: ARTICULAÇÕES TEÓRICAS SOBRE A ESQUIZOFRENIA¹

1. Breve histórico da loucura e da esquizofrenia

A história acerca do que por muito tempo se chamou de loucura possui desdobramentos complexos provenientes do contexto histórico e social desde a Antiguidade até a Modernidade e Pós-Modernidade, marcada pelos avanços técnico-científicos acerca dos transtornos mentais; tais questões influenciaram a maneira de pensar e agir frente à loucura. Resgatar os aspectos históricos, mesmo que de forma breve, serve para entender e construir conhecimento sobre a loucura e seus transtornos ao longo dos tempos. Optamos por utilizar o termo “loucura” em muitos momentos de discussão histórica e política por entender que obras importantes que tratam da temática, como as de Foucault (2002), Jodelet (1989; 2005) e dos escritos de brasileiros como Amarante (1994; 1996; 1998; 2007) e Pessotti (1994; 1999; 2006), utilizam o termo como indicador histórico e científico do que era e do que se tornou a loucura para as sociedades.

Antiguidade Greco-Romana

Na Antiguidade Greco-Romana (século VIII a.C. – século V d.C.), os loucos participavam da vida cotidiana da sociedade e as manifestações da loucura eram explicadas majoritariamente com base no conhecimento mítico-religioso das crenças politeístas, onde os deuses e seres sobrenaturais dominavam o mundo, os homens e os fenômenos da natureza; assim, a loucura era vista com um caráter divinal (Batista, 2020; Foucault, 2002; Pessotti, 1994). Essa visão fazia com que a loucura fosse de certa forma, valorizada, dispensando a necessidade de cuidados especiais aos loucos, já que estes tinham uma via de contato com os deuses.

¹ Este artigo será publicado em formato de capítulo de livro.

Em algumas obras literárias deste período é possível observar como a loucura vai passando a ser vista por um enfoque menos sobrenatural; em *Ilíada*, poema de Homero (século VII a.C.) os deuses ainda estão presentes quando se mostra o que leva à perda da razão, mas em textos de Ésquilo (525 – 456 a.C.) a loucura já é apresentada como a perda da racionalidade resultante do conflito entre razão e emoção. Somente com Hipócrates (460-380 a.C.) que a loucura recebe um viés biológico, vista como resultado de desarranjos orgânicos e corporais do ser humano, adquirindo assim uma conotação patológica (Cardoso, 2004; Maciel, 2007; Pessotti, 1996). Este viés, mesmo que de forma temporária, serviu como uma forma de ruptura às explicações mítico-religiosas que só ganhariam força novamente na Idade Média.

Idade Média

A Idade Média (séculos V a XV d.C.) foi marcada por um grande processo de ruralização, a estruturação do feudalismo e a hegemonia do poder da Igreja Católica. Com a queda do Império Romano do Ocidente no século V d.C., a cultura romana passou a ser integrada às dos povos que agora ocupavam a região da Europa Ocidental. Com essa mescla veio a influência do Cristianismo, que em 380 d.C. havia se tornado a religião oficial do Império Romano e, conseqüentemente, conferiu grande poder ideológico, econômico e político do império à Igreja.

Com a hegemonia do poder da Igreja Católica, as concepções mítico-religiosas foram resgatadas com intensidade e o campo científico sofreu com a opressão imposta pela Igreja, já que tudo que fugia ao controle do clero era condenado. As explicações religiosas para a loucura não eram mais de cunho divinal ou ligadas aos deuses, como na Antiguidade Clássica, mas falavam sobre possessões demoníacas, espíritos malignos e castigo divino, o que colocava sobre os loucos uma carga de culpa e um julgamento moral reprovável pela sociedade (Cardoso, 2004).

Por muito tempo os preceitos morais baseados nos valores religiosos da Igreja guiaram a sociedade Medieval e acabaram por legitimar a “caça” a tudo aquilo, aquele e aquela que fossem contrários ou desviantes (Cardoso, 2004); aqui, por exemplo, podem ser citadas as práticas exorcistas como forma de “tratamento” para a loucura, a caça às bruxas (a exemplo do *Malleus Maleficarum* - o martelo das bruxas do século XV) e a Inquisição/Santo Ofício dos séculos XIII e XIV (Pessotti, 1984).

Todas essas práticas religiosas ficaram conhecidas por seus métodos violentos e não científicos marcados pela repressão, privações, prisão e tortura, que só foram perder força gradativamente ao final da Idade Média com o enfraquecimento do poder religioso e o surgimento do Renascimento no século XIV, que ganharia força no século seguinte, juntando-se ao início da Idade Moderna. Esses acontecimentos influenciaram na busca por novas formas de compreender a loucura, que atendessem às mudanças socioeconômicas vigentes.

Idade Moderna

Na Idade Moderna (séculos XV a XVIII) as novas formas de produção econômica promoveram alterações profundas no modo de vida das sociedades. Devido a ascensão do capitalismo, a loucura começou a ser vista pelo viés da improdutividade e da inaptidão para o mercado de trabalho. Isso influenciou a criação das primeiras casas de internação para os improdutivos, que incluíam grupos marginalizados, como os loucos (Cardoso, 2004; Vechi et al., 2017).

A prática de exclusão dos loucos pode ser encontrada já desde o século XIV, onde eram expulsos de suas casas, presos em locais nas entradas das cidades ou mandados em navios para lugares distantes, como na Nau dos Loucos apresentada por Foucault (Foucault, 1972; Jabert, 2001). Mas a associação entre loucura e internação foi mais forte no século XVII com as casas para que recebiam sujeitos marginalizados numa tentativa de “limpar” as

idades e estabelecer uma ordem higienista em consonância com os ideais burgueses, configuradas com um viés assistencialista e também repressor (Foucault, 1972; Maciel, 2007; Melo, 2017).

Com o esvaziamento dos leprosários que existiam na Europa o momento se fez propício à renomeação desses locais para os chamados “Hospitais Gerais”, que não tinham nenhuma função curativa, mas corretiva, de aglutinar em si os loucos, mendigos e antissociais como uma maneira de lhes adequar aos padrões da época, esconder a miséria e os problemas sociais (Maciel, 2007). Esse contexto onde os loucos foram enclausurados com criminosos e outros marginalizados marcou a criação de uma relação de proximidade entre a loucura, a periculosidade, a ociosidade e a inadequação que pode ser observada até os dias de hoje. Ao serem agrupados com outros grupos sociais vistos como “mazelas” para as cidades, os loucos receberam um status similar ao de bandidos e desordeiros (Oliveira, 2002).

Para Foucault, este internamento em massa tinha um viés social, centrado no trabalho e em garantir que as pessoas que não se adequassem às obrigações da sociedade fossem corrigidas (Foucault, 1972; Vieira, 2015). Este “grande enclausuramento” ou a “Grande internação” marcou profundamente o modo como a sociedade lidou com a loucura, marcas que permaneceram fortemente até a segunda metade do século XVIII e com declínio na transição para o século XIX.

Idade Contemporânea

Na Idade Contemporânea (séculos XVIII a XXI), a partir do XVIII, mudanças no cenário científico a fim de organizar e sistematizar as descobertas dos últimos tempos contribuíram para introduzir alterações na forma como a loucura - que passaria a ser chamada de alienação - era vista. Pode se observar o trabalho de Pinel (1745-1826) em introduzir alterações na terapêutica da alienação que mais tarde ofereceriam fundamentos para a

Psiquiatria como especialidade médica, bem como seus esforços para reservar espaços específicos para os alienados nos Hospitais Gerais (Cardoso, 2004).

As mudanças no cenário científico acompanhavam importantes avanços no cenário social do século XVIII, a exemplo da publicação da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (França, 1789). Essas mudanças impulsionaram a busca de novas formas de tratar a alienação, uma vez que agora se pregava a liberdade de expressão e de locomoção, a garantia de direitos do cidadão e a igualdade. Assim, o alienado já não poderia mais ser recluso nos moldes antigos, uma vez que a própria declaração de 1789 rompeu com a ordem vigente e estabeleceu novos parâmetros políticos e sociais. Instituições foram criadas ou adaptadas com o objetivo de servirem exclusivamente aos alienados, oferecendo cuidados específicos e, para tal, eram necessárias pessoas que pudessem cuidar e tratar deles. Surgem, então, os alienistas, designados a cuidarem das figuras de desatino e lhes proporcionar um tratamento, a fim de restabelecerem a regulação e normalização da conduta (Foucault, 1972).

Esse cenário abre margens para as grandes mudanças que seriam estabelecidas no século XIX, que segundo Pessotti (2006, p. 113), “foi a época de maior florescimento da teoria e da terapêutica da loucura”. O saber médico e o modelo hospitalar já consolidados, passaram a ter o controle do conhecimento sobre a loucura - que agora seria chamada *doença mental* - e seu diagnóstico. Isso serviu como uma forma de tornar a visão biomédica hegemônica no saber e no tratamento da doença mental. O hospital tornou-se o local por excelência para o doente mental, em que era contido com camisas de força, remédios e rótulos; perdia autonomia sobre si mesmo e sobre seu conhecimento e entrava numa lógica de sujeição e repressão. As instituições psiquiátricas, que surgiram como uma proposta de tratamento e conhecimento especializado em doenças mentais também serviram a ideais de punição e correção dos desvios da normalidade, adotando um caráter disciplinador e

segregador; o tratamento não era direcionado ao sujeito, mas à entidade diagnóstica e aos sinais e sintomas (Amarante, 1996; Bezerra & Pinheiro, 2020; Serafim et al., 2017).

A reclusão era de forte cunho terapêutico e o hospital passou a ser o espaço ideal, o doente mental recebeu o *status* de paciente que precisava de tutela e cuidado especializado. Assim resolvia-se o dilema da reclusão social sem fins de cura, uma vez que a internação em hospitais psiquiátricos não violaria, em tese, os direitos humanos e os doentes mentais seriam mantidos no único lugar possível para o tratamento (Bezerra & Pinheiro, 2020; Maciel, 1997; Maciel & Melo, 2014; Melo, 2017).

Sabe-se que os direitos dos doentes mentais ainda eram desrespeitados; violências físicas e psicológicas, supressão da subjetividade, medicalização exagerada e isolamento social eram alguns dos ocorridos. Essas práticas alimentavam um discurso de periculosidade e exclusão social que inflamava uma representação cada vez mais negativa sobre os doentes mentais (Silveira & Braga, 2005). Esse modelo de tratamento seguiu sendo o principal até mudanças mais profundas que aconteceriam no cenário mundial no século XX.

Após a 2ª Guerra Mundial (1939 a 1945) questionamentos mais duros e proposições mais revolucionárias surgiram no campo da psiquiatria, uma vez que o mundo estava vivendo um período de maior atenção às causas sociais, resultado do choque causado pelo holocausto e pela própria guerra (Fonseca & Neto, 2020; Silveira & Braga, 2005). Os hospitais psiquiátricos recebiam diversas críticas: havia poucos médicos para a quantidade de pacientes, os locais estavam superlotados e em condições subumanas, vários atos de violência e maus tratos vieram a público e autores e pensadores da época chegaram a comparar os hospitais psiquiátricos com os campos de concentração (Amarante, 2007; Aguiar, 2020).

Um dos grandes exemplos dos maus tratos que ocorriam nesses locais foi o do Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, que das décadas de 1930 a 1980 foi palco de verdadeiros horrores praticados contra seus internos. A cidade de Barbacena ficou

conhecida como cidade dos loucos, devido às sete instituições psiquiátricas que existiam lá. Os pacientes eram separados por cor da pele, sexo, idade e outras características físicas, contendo não somente pessoas com problemas mentais, mas gays, pobres, mulheres separadas ou mães solteiras, alcoólatras, negros, índios e outros marginalizados sociais. Pessoas andavam nuas pelos corredores do hospital tendo contato com as próprias fezes, mulheres tinham abortos espontâneos e o local presenciou centenas de homens, mulheres e crianças morrerem como indigentes, largados sem nenhuma assistência (Fonseca & Neto, 2020; Soares, 2020).

Pós-modernidade e o Surgimento dos movimentos de Reforma

A pós-modernidade, apesar de estar dentro do marco temporal da Idade Contemporânea, é caracterizada pelas mudanças sociais, culturais, artísticas e ideológicas que aconteceram a partir da segunda metade do século XX, pós 2ª Guerra Mundial. O modelo asilar hospitalocêntrico, até o final do século XX, era visto como a forma de tratamento da doença mental, até que movimentos como os da antipsiquiatria, luta antimanicomial, psiquiatria preventiva, Psiquiatria Democrática Italiana e Reforma Psiquiátrica começaram a questionar o paradigma biomédico e buscar outras formas de cuidado e terapêutica para reformar o proceder clínico vigente (Aguiar, 2020). Buscava-se desestabilizar os mecanismos legais e institucionais da exclusão ao propor novas formas de tratamento, numa configuração mais integral e psicossocial, respeitando a cidadania e a humanidade dos chamados doentes mentais (Alves et al., 2020; Amarante, 2003; Amarante, 2008). Essas lutas por mudanças, humanização do processo e criação de dispositivos psicossociais de cuidado ocorreram em diversos países ao redor do mundo, a exemplo da Itália, Inglaterra, França, Estados Unidos e Brasil, processos que continuam até hoje.

No Brasil, em 2001, com a promulgação da Lei nº 10.216, também conhecida como lei Paulo Delgado e/ou lei da Reforma Psiquiátrica, mecanismos legais e institucionais de

direitos para as pessoas com transtornos mentais foram criados para que o tratamento se tornasse parte dos dispositivos de saúde pública do país (Alves et al., 2020; Serafim et al., 2017). Essa lei foi um impulso importante para marcar o distanciamento do modelo asilar de exclusão, visando um tratamento mais humanizado com foco na reabilitação psíquica, física e social por meio de uma abordagem integral e apoiada em uma rede de serviços de saúde interligados entre os pacientes, os profissionais e o meio social: o novo paradigma de atenção psicossocial à saúde mental. No Brasil, vimos estes ideais se materializarem em alguns dispositivos, como nos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), por exemplo, e em muitos outros serviços substitutivos ao antigo modelo hospitalar clássico (Alves et al., 2020; Fonseca & Neto, 2020).

As experiências exitosas dentro do novo paradigma de atenção à saúde mental serviram para demonstrar como

a leitura biopsicossocial do sujeito; a mobilização e participação do sujeito no tratamento de forma indispensável; a pertinência do indivíduo em um grupo familiar e social, sendo o indivíduo e sua família multiplicadores de mudanças; a participação da família devem superar o modelo assistencial e passivo, apostando em uma atuação mais ativa cooperativa (Fonseca et al., 2020, p. 5).

Entretanto, é perceptível que diversas limitações têm sido encontradas na efetivação desse modelo, como obstáculos ideológicos e políticos que dificultam o tratamento matricial na comunidade e a inclusão dentro e fora dos dispositivos de saúde mental (Aguilar, 2020; Alves et al., 2020; Fonseca & Neto, 2020). Pesquisas têm demonstrado dificuldades que pessoas com transtornos mentais e seus parentes têm tido no convívio social, como a presença de práticas estigmatizantes e preconceito (Cirilo, 2006; Maciel & Medeiros, 2018; Melo et al., 2019; Serafim et al., 2017; Sousa et al., 2016; Sousa et al., 2018; Sousa & Maciel, 2019; Vieira et al., 2018).

Ações recentes de governantes do país têm sido consideradas retrocessos aos avanços conquistados a duras penas pelos movimentos de luta em saúde mental. Ações que incluem

mecanismos legais que abrem margens para o resgate de práticas antigas e atacam não só a rede de assistência em saúde mental, mas a rede pública de saúde. Segundo Delgado (2019, p.2), entre 2016 e 2019 pode-se citar as seguintes medidas do Governo Federal:

1) modificou a PNAB - Política Nacional de Atenção Básica, alterando os parâmetros populacionais e dispensando a obrigatoriedade da presença do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, com consequências imediatas de descaracterização e fragilização da atenção básica; 2) ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos, concedendo reajuste acima de 60% no valor das diárias; 3) reduziu o cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em proporção ainda imprecisa, uma vez que o Ministério da Saúde deixou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de saúde mental; 4) ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas; 5) restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico, em norma já publicada, e recomendou a não utilização da palavra 'substitutivo' para designar qualquer serviço de saúde mental (embora seja medida esdrúxula do ponto de vista da gestão, tem uma intenção simbólica clara, de negar a mudança de modelo de atenção); 6) recriou o hospital-dia, um arcaísmo assistencial, vinculado aos hospitais psiquiátricos, sem definir sua finalidade, em evidente reforço ao modelo desterritorializado; e 7) recriou o ambulatório de especialidade, igualmente sem referência territorial.

E recentemente, em 2019, o Governo Federal divulgou uma nota técnica que versava sobre a “nova política de saúde mental”. Ainda segundo Delgado (2019, p. 3), o documento apresentou um caráter de desconstrução da reforma psiquiátrica, uma vez que endossava elementos como o

reforço do papel estratégico do hospital psiquiátrico; ênfase na internação de crianças e adolescentes; ênfase em métodos biológicos de tratamento, como a eletroconvulsoterapia; disjunção entre a saúde mental e a política de álcool e outras drogas; e condenação das estratégias de redução de danos.

Pode-se observar que mudanças no direcionamento do Governo Federal quanto às políticas de saúde mental tem estado alinhados, entre outras ideologias, a uma lógica de mercado e à promoção da medicalização, que atrai muito interesse do setor privado e das indústrias farmacêuticas. Segundo Nunes et al. (2019), a “nova” política nacional de saúde mental não prega abertamente a volta ao antigo modelo manicomial, mas também não abomina que suas práticas retornem, consolidando espaços para os hospitais psiquiátricos na RAPS. Tais hospitais, repaginados como locais humanizados e modernos recuperam ideais de

predominância do modelo biomédico, o lugar de saber e poder da categoria médica e dos tratamentos psiquiátricos.

Nunes et al. (2019) destacam três aspectos principais no direcionamento governamental pós-impeachment frente às políticas de saúde mental, são eles:

1) as atuais mudanças impostas nas linhas de base da política nacional de saúde mental não respeitaram o fluxo histórico construído a partir do controle social, seja pelas conferências nacionais de saúde mental, seja pelos conselhos de saúde. [...] 2) a partir de 2017, a supostamente nova política de saúde mental introduz o hospital psiquiátrico, não mencionado como parte da RAPS na portaria 3.088/2011, como serviço reconhecido, contrariando o acúmulo histórico das reformas sanitária e psiquiátrica. 3) o MS, em articulação intersetorial com outros Ministérios (Justiça, Desenvolvimento Social), cria linhas de financiamento para custear serviços privados, como as chamadas “comunidades terapêuticas” (CT), que no Brasil se destinam às pessoas que usam drogas. À privatização do escasso recurso público soma-se a aposta no retorno do modelo manicomial, centrado no tratamento moral e no isolamento, que nos remete ao período das doutrinas psiquiátricas de Esquirol no século XIX. (pp. 4493 e 4494).

Assim, entende-se que a exclusão está para além dos muros caídos e abandonados de hospitais psiquiátricos, mas está no imaginário social e em seu cotidiano, em suas representações e comportamentos (Jodelet, 2005; Maciel, 2007). Nesse sentido, pode-se refletir que todo o histórico negativo vinculado aos transtornos mentais ainda tem forte presença em nossa sociedade. Em um estudo sobre exclusão social do doente mental, Maciel et al. (2008) destacam o seguinte:

observou-se que ainda existe uma atmosfera notadamente insatisfatória e visões estereotipadas de cunho negativo e sentimentos desfavoráveis em relação ao doente mental. Tais estereótipos encontram-se presentes, ainda hoje, com representações como sem-juízo, sem razão e agressivo; com atitudes de medo e exclusão (p. 123).

Desta forma, para ir contra essa lógica é imperativa a utilização de uma abordagem multinível em educação de profissionais e familiares, de crianças e idosos, a desinstitucionalização do tratamento e a derrubada do modelo asilar excludente, física e ideologicamente (OPAS, 2001).

Ao longo desse resgate histórico pode se perceber como o curso da história auxilia a construir o modo como a loucura foi e vem sendo representada durante anos. Esses elementos

nos dão pistas sobre a origem das representações sobre a loucura e como elas vêm se comportando na atualidade. Muitos avanços foram conquistados, mas ainda há muito a alcançar; percebe-se que elementos de séculos atrás como a exclusão, a percepção de periculosidade e o medo ainda estão presentes nas representações atuais (Jodelet, 2005; Melo, 2017; Serafim et al., 2017; Sousa, 2014; Sousa et al., 2018).

2. Embasamento Teórico sobre Preconceito frente à Esquizofrenia

Da loucura à esquizofrenia

Como foi possível observar no resgate histórico realizado anteriormente, durante anos o termo “loucura” foi gradativamente abandonado no meio técnico-científico para designar os transtornos mentais, mas continuou a ser utilizado no senso comum para designar diversos elementos negativos da vida psíquica: descontrole, impulsividade, perigo, agressividade, instabilidade e perda da razão. No senso comum também permaneceu o ideal de que a loucura pode ser usada como classe “diagnóstica” para os transtornos mentais mais graves, como os transtornos psicóticos. Desta forma, entende-se que as mudanças de nomenclatura utilizadas no meio acadêmico, mesmo que cheguem à sociedade, não são capazes de mudar uma representação, mas na verdade interagem com um modo mais antigo e tradicional de pensamento e se misturam a esquemas representacionais anteriores.

Sendo assim, defendemos que algumas classes de transtornos mentais, como os transtornos psicóticos, em especial a esquizofrenia, carregam consigo a objetificação da loucura, tomando elementos da representação do que a sociedade acredita que seja a loucura. Por isso não é de se surpreender que a esquizofrenia carregue visões negativas como as de periculosidade, perda de razão, agressividade e possessão demoníaca, pois estas mesmas características ainda são atribuídos à loucura. O que pressupomos, frente a tudo que é possível encontrar na literatura, é que a loucura é um elemento central na representação da

esquizofrenia e serve como termo descritivo do transtorno, trazendo todo um universo representacional de elementos negativos e estereotipados.

Para que possamos entender melhor, pare por um instante e pense agora numa pessoa “louca”. O que quer que possa ter passado em sua mente, características físicas ou de conduta, falas ou imagens estão dentro do universo representacional da loucura. Agora pense numa pessoa “esquizofrênica”. O que passou na sua cabeça provavelmente terá muitos pontos de similaridade com o que você pensou no exercício anterior, pois vivemos em uma sociedade onde a figura do louco se tornou uma imagem colocada no mundo abstrato, ninguém mais recebe um diagnóstico de loucura e é socialmente inadequado chamar alguém desta forma, mas essa imagem se materializa em algumas classes de transtornos mentais ou em comportamentos humanos que julgamos serem loucos, e dessa forma concretizamos um conceito abstrato e mais distante naquilo que nos é mais próximo e palpável: o outro.

Relação entre a sociedade e a esquizofrenia

Historicamente alguns transtornos mentais têm sofrido uma carga maior de preconceito ao longo dos anos e a esquizofrenia é um deles, como demonstram estudiosos da área (Laureano et al., 2019; Read et al., 2006; Santos et al., 2019; Sartorius, 2007; Suárez-Vergne et al., 2019). Muitas vezes, pessoas que recebem esse diagnóstico são vistas como uma ameaça à sociedade, pessoas sem controle dos impulsos e instáveis, perigosas e agressivas; outras vezes o próprio termo “esquizofrenia” é utilizado como característica ou sinônimo de loucura (Santos et al., 2019), numa relação de proximidade que leva esquizofrenia e loucura a terem grandes semelhanças no senso comum.

A esquizofrenia pode ser caracterizada como um transtorno mental grave onde há uma perda de contato com a realidade, um dos fatores principais dos transtornos psicóticos. Os principais sintomas incluem delírios e alucinações, prejuízo global nas atividades cotidianas

do sujeito e também podem acarretar alterações no comportamento, cognição, humor, emoções e fala.

Há uma diversidade de teorias científicas que se propõem a explicar a etiologia da esquizofrenia, mas sabe-se que seu surgimento está ligado a fatores genéticos, ambientais e bioquímicos cuja interação favorece o aparecimento do transtorno, resultando numa síndrome clínica extremamente complexa com diversos sinais e sintomas nas áreas do pensamento, percepção, emoção e comportamento (Pereira, 2017; Silva et al., 2016). Essas informações deixam explícita a complexidade do diagnóstico da esquizofrenia, o que no senso comum aparenta ser simplista, tendo como base apenas a presença de sintomas como alucinações e delírios e a vinculação à loucura. Um forte exemplo dessa representação diagnóstica equivocada é a forma como a esquizofrenia por muitas vezes é representada na mídia.

No estudo de Guarniero et al. (2012), os autores utilizaram 229 textos de notícias de veículos midiáticos impressos e encontraram que 27% deles apresentavam registros de crime e violência, com um "diagnóstico" de esquizofrenia que era realizado por pessoas leigas; 34% dos textos utilizavam o termo "esquizofrenia" de forma metafórica e depreciativa. Segundo Maoski e Fernandes (2009, p. 03), "a relação da esquizofrenia com a mídia é instável e rodeada pela reprodução de estigmas que reforçam o preconceito que existe em relação a ela, geralmente associada a casos extremos de violência, e comportamentos incoerentes em diferentes contextos sociais".

E não só na veiculação de notícias a esquizofrenia aparece relacionada a imagens negativas. Na teledramaturgia brasileira ela já apareceu sob diversos enfoques, na maioria das vezes representada com interpretações de descontrole, perturbação intensa, violência e foco nos sintomas psicóticos. Azevedo (2012, p. 05), considera que:

Os vilões são comumente nomeados pelos demais personagens como "doidos", ainda que isto se refira ao fato de suas ações fugirem do socialmente aceitável. Além disso, já se tornou clichê em novelas o vilão terminar seus dias em um hospital psiquiátrico, mesmo que durante toda a trama não tenha apresentado qualquer sintoma de transtornos relacionados à esquizofrenia ou a outras psicoses.

O hospício é representado como local de encarceramento e a loucura como punição para a crueldade.

Tais discussões possibilitam duas percepções principais: a primeira é de que a esquizofrenia historicamente é representada como protótipo da loucura e carrega estereótipos tão negativos quanto à própria loucura. A segunda é a percepção de que mesmo que a ciência tenha avançado na definição, diagnóstico e tratamento da esquizofrenia, ela ainda continua sendo vista de forma limitada e distorcida, com uma maior carga de preconceito quando comparada a outros transtornos mentais.

Ainda que importantes mudanças no cenário sócio-político tenham auxiliado a construir novas configurações nas relações humanas ao longo do tempo (como as condenações de nazistas em tribunais; a Declaração dos Direitos Humanos de 1948; as lutas contra a segregação racial lideradas por Martin Luther King entre as décadas de 1950/1960; o fim do *Apartheid* na África do Sul em 1991; os movimentos de reforma no âmbito da saúde mental na segunda metade do século XX) e promovido impacto em diversos problemas sociais como o preconceito, sabe-se que desde que se estabeleceram diferenciações grupais e relações de poder nas dinâmicas humanas pode-se afirmar que o preconceito existe (Snowden, 1995). Diversas linhas de pesquisas recentes vêm demonstrando que o preconceito está sistematicamente presente em diversas sociedades e sobre diferentes temas (Almeida, 2019; Aparecido & Silva, 2020; Carmo & Cunha, 2017; Paim & Kovaleski, 2020).

Na Psicologia Social os estudos sobre preconceito tiveram um “boom” nas linhas de pesquisa a partir da segunda metade do século XX, interessando-se em entender como acontecimentos históricos, mudanças sociais e elementos psicossociais têm influenciado o preconceito e se estão, ou não, contribuindo para sua diminuição ou alteração. Nos estudos sobre o preconceito é impossível não citar Gordon Allport, psicólogo estadunidense cujos trabalhos sobre a temática são considerados clássicos, com destaque ao livro “*The nature of prejudice*” (1954), um marco tanto por seu valor teórico como por ser a base para diversas

perspectivas teóricas, como a teoria da frustração-agressão (Dollard et al., 1939), teoria da personalidade autoritária (Adorno, 1950), teoria do espírito fechado (Rokeach, 1960) e a teoria do contato (Allport, 1962).

Definir preconceito na Psicologia Social é um trabalho árduo, mas a definição mais utilizada tem sido a de Allport (1954; 1962). Para o autor, o preconceito é uma atitude negativa e hostil frente a um indivíduo pelo fato dele pertencer a um grupo socialmente desvalorizado, baseada na crença generalizada de que esse indivíduo possui as características negativas atribuídas ao seu grupo. O preconceito tanto é uma generalização equivocada e rígida sobre grupos minoritários e/ou membros destes grupos - expressa por meio de sentimentos e comportamentos negativos - como é uma hostilidade que pode tanto permanecer no campo do afeto (antipatia) quanto ser externalizada em aspectos comportamentais, como a discriminação (Allport, 1954; 1962). Desta forma, o preconceito é tão diverso quanto o número de grupos socialmente desvalorizados que existem, a exemplo das pessoas com transtornos mentais.

A definição apresentada faz três noções se destacarem: primeiro, o preconceito como um viés cognitivo, uma generalização errada e inflexível; segundo, como uma emoção, a antipatia; terceiro, como uma atitude hostil frente a um indivíduo de acordo com sua pertença grupal. Desta forma, cabe definir o que é uma atitude e situar o preconceito.

Há certo consenso na psicologia social ao definir as atitudes como variáveis sociais formadas por três componentes: cognitivo, afetivo e comportamental. A atitude é formada por crenças duradouras, com uma carga afetiva positiva ou negativa frente a um objeto social e que, geralmente, conduz a um comportamento em sintonia com as cognições e afetos (Neiva & Mauro, 2011). Este modelo tridimensional de estruturação das atitudes é o mais utilizado e também pode ser aplicado ao preconceito.

Desta forma, é possível observar que a estrutura do preconceito como atitude negativa pode ser entendida da seguinte maneira: 1) formada pelo componente cognitivo (crenças, informações, teorias do senso comum, estereótipos...); 2) pelo componente afetivo (respostas afetivo-emocionais e fisiológicas) e 3) pelo componente comportamental (rejeição, exclusão, depreciação, xingamentos...). Assim, pode-se perceber que a estrutura complexa do preconceito requer atenção da pesquisa em Psicologia Social para que seja possível identificar e mensurar seus componentes visando um estudo menos reducionista focando em apenas um ou dois dos deles.

Mesmo que a definição de Allport seja a mais utilizada e seja uma referência para estudiosos do mundo todo, novas perspectivas têm surgido afirmando um olhar mais societal em contrapartida ao mais “psicológico” de Allport. Neste trabalho não se deseja focar nessas diferenças, mas destacar que embora a definição do autor seja considerada de cunho mais intra e interindividual não significa que não possa ser aliada a uma visão mais ampla, de cunho societal. Afirmer que o preconceito tem uma base subjetiva não quer dizer que seus elementos políticos, sociais, culturais, históricos e as relações de poder envolvidas em sua formação e manutenção devem ser ignorados.

Em uma perspectiva mais societal o preconceito pode ser definido como:

uma forma de relação intergrupar onde, no quadro específico das relações de poder entre grupos, desenvolvem-se e expressam-se atitudes negativas e depreciativas além de comportamentos hostis e discriminatórios em relação aos membros de um grupo por pertencerem a esse grupo (Lacerda et al., 2002, p. 166).

Dito isto, entende-se que o preconceito é, ao mesmo tempo, individual (quando se fala de sua estrutura cognitiva, afetiva e comportamental) e societal, pois nenhum elemento humano é formado e se movimenta no vácuo social. Por isso, o preconceito é diferente em cada contexto e em cada relação, mesmo que apresente aspectos consensuais, ele se manifesta de diversas formas. Daí a importância de estudos que aliem a análise tanto dos componentes

individuais (micro) do preconceito quanto de seus elementos sociais (macro), como tipos de pertença grupal e os sistemas de crenças/ideologias.

Preconceito frente aos transtornos mentais

Quanto à temática do preconceito frente aos transtornos mentais, o que se pode observar é que historicamente há uma hierarquia, uma relação de poder onde os “sãos” estão acima dos “loucos”, onde as pessoas “equilibradas” são melhores do que os “desequilibrados”, onde a presença ou ausência de transtornos mentais define os “normais” e os “anormais” (Melo, 2017). O preconceito tem se apresentado sistematicamente quando se trata de transtornos mentais (Cirilo, 2006; Melo et al., 2019; Serafim et al., 2017; Sousa et al., 2016; Sousa et al., 2018; Sousa & Maciel, 2019; Vieira et al., 2018) e essa atmosfera de estereótipos, sentimentos negativos e crenças equivocadas ainda permanece entre nós (Maciel et al., 2008). Tratando-se da esquizofrenia, estudos demonstram que isso ainda se configura de forma mais intensa, com estereótipos de periculosidade e imprevisibilidade, maiores níveis de discriminação, atitudes mais negativas e maiores níveis de preconceito (Baba et al., 2017; Bowman & West, 2019; Laureano et al., 2019; Suárez-Vergne et al., 2019; Utza et al., 2019).

Ferreira et al (2015), em uma pesquisa com estudantes de saúde em Barbacena (MG) demonstram que em todos os cursos pesquisados ainda predominam atitudes negativas e pouco conhecimento frente à esquizofrenia, fato preocupante quando se trata do contexto de ensino superior, principalmente no âmbito da saúde. Bastos, Lombardi e Marques (2017), pesquisando sobre a percepção de homens da cidade de Lins (SP) acerca da esquizofrenia encontram que ainda predomina a escassez de informações sobre o transtorno e os respondentes julgaram as pessoas com esquizofrenia como violentas e maldosas.

Baba et al (2017) em um estudo com público em geral, profissionais de psiquiatria e pacientes em Tóquio, Japão, demonstram que o estigma frente à psicose pode prever comportamentos pró-sociais e também indicam que o estigma é diferente de acordo com o

estágio clínico do transtorno, apontando que os tipos e manifestações dos sintomas tem influência no processo. Bowman e West (2019) demonstram que a literatura aponta que as pessoas com esquizofrenia são vistas como perigosas e imprevisíveis, e seu estudo no Reino Unido demonstram imagens estereotipadas sobre as doenças mentais reforçadas na mídia aumentam os níveis de preconceito frente às pessoas com esquizofrenia.

Laureano et al (2019), em uma pesquisa com estudantes de Santo Domingo (República Dominicana) demonstraram que a maioria dos participantes desconheciam o que é a esquizofrenia e suas implicações, levando a crenças errôneas e ao estigma sobre o transtorno, bem como no surgimento de mitos que prejudicam não só a vida social de quem recebe o diagnóstico mas também interfere na busca e/ou no curso dos tratamentos.

Suárez-Vergne et al (2019), em um estudo sobre o estigma acerca das pessoas com transtornos mentais nas redes sociais demonstram que a visão estereotipada de perigo, incapacidade e imprevisibilidade ainda aparece com frequência associada à esquizofrenia e outros transtornos mentais. No estudo a rede social “Twitter” se apresentou como um difusor tanto de estereótipos negativos como também de conteúdos contra o estigma, o que mais uma vez aponta o papel importante das mídias frente a esta temática. Utza et al (2019) em uma pesquisa com uma população urbana da Turquia demonstra que as atitudes frente as pessoas com doenças mentais são estigmatizantes, o estigma frente a esquizofrenia é maior quando comparado a outros transtornos mentais e é ainda maior quando vincula-se à doença mental. Santos et al (2019), em um revisão de literatura sobre a dificuldade de aceitação da sociedade frente às pessoas com esquizofrenia apontam que a sociedade tem demonstrado pouca empatia com esses sujeitos, rotulam-nos de loucas e agem de forma discriminatória, dificultando sua inserção e convívio sociais vivendo sob julgamentos e preconceito.

Baltasar, Pereira e Sousa (2020), em uma revisão de literatura demonstram que pessoas com esquizofrenia sofrem maiores níveis de exclusão e preconceito, o que impacta

em sua qualidade de vida, como em aspectos do desenvolvimento cognitivo, social e psíquico. Aparecido e Silva (2020), em um estudo feito com pessoas diagnosticadas com esquizofrenia em São Paulo demonstram que estigma e discriminação ainda permanecem não só na relação dessas pessoas com pares, mas também nas relações com profissionais de saúde.

Desta forma percebe-se que a literatura atual demonstra que a esquizofrenia ainda sofre sistematicamente com preconceito, estigmatização, crenças distorcidas e estereótipos, o que se torna um desafio para as pesquisas em ciências sociais de modo que possam entender não só a dinâmica do preconceito, mas também estudar as variáveis envolvidas no processo psicossocial de formação e perpetuação do preconceito e como elas estão relacionadas.

Desde o resgate de elementos históricos da loucura e esquizofrenia foi possível observar a influência de variáveis como as mudanças políticas, históricas e sociais, elementos religiosos, avanço do conhecimento científico e nascimento de áreas de conhecimento (Psiquiatria e Psicologia). Desta forma, é dever dos estudiosos sobre o preconceito localizar dentre esses elementos possíveis relações que possam aumentar o entendimento acerca do preconceito e sua dinâmica psicológica e social. Pesquisadores já têm demonstrado, por exemplo, interesse em estudar, por exemplo, como o preconceito se relaciona com a religiosidade e como esta variável pode influenciá-lo (Cuevas & Dawson, 2020), o que demonstra que ela é um elemento importante a ser considerado em pesquisas sobre o preconceito.

3. Religiosidade e Preconceito

A religião esteve e está presente em diversas sociedades e de diferentes formas, no Brasil, especificamente, um país majoritariamente cristão desde os primeiros contatos com os colonizadores que trouxeram as influências católicas para as terras outrora indígenas, pode-se confirmar isso pelo fato de que no último censo (IBGE, 2010) mais de 89% da população

afirmou ser adepta de algum sistema religioso. O que indica que os brasileiros são influenciados pela dimensão religiosa em suas vidas. Essa influência é manifesta a partir do que a literatura chama de religiosidade.

Entende-se que a religiosidade é a experiência pessoal da religião, que tanto pode incentivar desenvolvimento pessoal de elementos positivos, como dignidade, senso de valor, ética e responsabilidade; quanto de elementos negativos, como diminuição da percepção de liberdade ou do autocuidado (Pinto, 2009). A religiosidade, para diversos autores é a forma como o homem se relaciona com o ser transcendente no qual acredita, é o elemento subjetivo da religião e envolve a aceitação das doutrinas, valores religiosos e a busca de um sentido de vida (Camilo, 2014; Giovanetti, 2005; Pinto, 2009). Alexander (2017), por sua vez define a religiosidade como a percepção da importância da religião e até que ponto as crenças religiosas se traduzem em ações.

A importância dessa dimensão na vida de pessoas adeptas a algum sistema religioso tem chamado a atenção de diversas linhas de pesquisa que tentam compreender como a religiosidade se relaciona a diversas variáveis, como o preconceito. O estudo da relação entre religiosidade e preconceito pode ser encontrado na obra de um importante autor do campo das relações intergrupais na Psicologia Social. Allport (1954), por exemplo, que se dedicou a estudar o preconceito já realizou estudos que buscavam compreender como o preconceito se relacionava com a religiosidade, encontrando resultados que demonstraram que ela tanto poderia inibir como fomentar o preconceito (Allport & Ross, 1967).

Pesquisadores atualmente também têm mostrado interesse em estudar o impacto da religiosidade em diversos aspectos, não só frente ao preconceito (Cuevas & Dawson, 2020), mas em elementos como o comportamento pró-social (Guo et al., 2020), conflitos políticos e belicosidade (Alexander, 2017) e saúde mental (Koenig et al., 2020).

Os resultados de alguns estudos clássicos sobre a relação entre religiosidade e preconceito muitas vezes apresentam dados paradoxais: ora a correlação é positiva, ora é curvilínea e ora é negativa (Allport & Ross, 1967; Hill & Hood, 1999; Remmers, 1963; Wulff, 1991). Cuevas e Dawson (2020), em uma revisão integrativa mais recente de vários estudos sobre crenças religiosas, ideologia política, autoritarismo e preconceito, apresentam que a religiosidade tanto pode se correlacionar positivamente com o preconceito quanto positivamente com comportamentos pró-sociais e interações intergrupais. O que se pode observar é que, de uma forma geral, grupos com altos níveis de religiosidade têm apresentado níveis maiores de preconceito contra outros grupos, mas esses resultados podem apresentar diferenças quando cruzados com tipo de religião, ideologias políticas, fatores econômicos e acesso à informação (Cuevas & Dawson, 2020; Guo et al., 2020).

Alguns autores têm demonstrado interesse no estudo da homofobia e influências da religiosidade, como Cerqueira-Santos et al (2017), por exemplo, que em um estudo com 94 homossexuais demonstram que a religiosidade influencia não só no preconceito externo, mas na vivência da sexualidade e na internalização desse preconceito, tendo em vista que os resultados indicaram maior homofobia internalizada nas pessoas com maiores níveis de religiosidade, o que dá suporte à hipótese dos autores de que a religiosidade é um forte argumento moral negativo para a expressão da sexualidade e minorias sexuais. Santos e Mendes (2021), em um estudo com 300 paraibanos, encontraram resultados que indicam correlações significativas entre preconceito homoafetivos e religiosidade.

Assche, Bahamondes e Sibley (2020), ao investigar a religiosidade como preditora de preconceito em diferentes culturas encontraram padrões que condizem com as variações em outras pesquisas, ao demonstrar que, a depender de certos valores culturais, há associações mais fortes ou mais fracas entre religiosidade e preconceito. Sagir e Paloutzian (2020), em um estudo sobre atitudes religiosas, variáveis demográficas e preconceito em relação a

refugiados sírios na Turquia demonstram que o preconceito diminuiu quando as atitudes religiosas se tornaram mais positivas e também sofreu influência do gênero dos respondentes, onde as mulheres se mostraram com atitudes mais positivas. E participantes de renda mais baixa apresentaram religiosidade mais alta e menores pontos de distância social.

Frente a esses resultados, entende-se que a religiosidade influencia não só o sistema de crenças, mas também o repertório comportamental dos sujeitos. Os sistemas religiosos são um fenômeno especificamente humano, ou seja, fazem parte de nossa história. Desde que os ancestrais humanos atingiram a capacidade cognitiva de entender e difundir conceitos como o “transcendente”, o “mundo espiritual” ou mesmo as “divindades”, a religião ocupa espaço na história como elemento da experiência humana (Dalgarrondo, 2009; ARP, 2014). Tradições mágico-religiosas estiveram e estão presentes em diferentes épocas, diversas localidades geográficas e vários formatos, com registros de até 40 mil anos a.C. (ARP, 2014). A religião, ao longo dos milênios, passou desde crenças mais rudimentares e simples acerca de seres superiores, mitos e contos até grandes sistemas religiosos complexos, como o hinduísmo, budismo, judaísmo, cristianismo e islamismo (O’donnell, 2007).

Estudar a religiosidade como uma variável importante frente ao preconceito diz muito sobre o quanto a religião ocupou e ocupa nas sociedades desde a Antiguidade até a Pós-Modernidade. Por muito tempo a religião foi a principal fonte de explicações sobre o mundo e seus eventos, padrão que se rompeu fortemente no século XVIII com o advento do Iluminismo e os ideais de que a razão era o caminho para a libertação dos mitos religiosos (Herbes & Avila, 2020). Mesmo assim, a religião nunca perdeu seu lugar de importância nas sociedades e nas dinâmicas das relações humanas. De acordo com algumas projeções, nos próximos 40 anos a tendência é de que os números de cristãos e muçulmanos cresçam em detrimento dos números dos que não têm religião (Lipka, 2017).

Segundo Pinto (2009), na religião as pessoas encontram

[...] alguns elementos comuns, como a presença de mitos (especialmente mitos de origem e de fim), de ritos, de símbolos, da cultura e da congregação social de pessoas [...] sem esquecer das normas morais sobre como lidar com a vida, com o mundo e com as pessoas (p. 73).

Essas informações nos chamam atenção para que mais pesquisas sejam desenvolvidas à vista de compreender as correlações entre religiosidade e preconceito e fornecer artifícios empíricos e teóricos que possam auxiliar em seu entendimento, considerando as condições históricas, sociais, culturais, políticas e econômicas. Observamos que diversas linhas de pesquisa têm se dedicado a investigar tipos de preconceito e suas interações com a religiosidade, mas estudos que busquem verificar essas variáveis frente aos transtornos mentais ainda é um campo em desenvolvimento.

De acordo com o caminho teórico que apresentamos, é possível observar que a intersecção religiosidade-preconceito é uma área promissora à academia, porém quando se trata sobre os transtornos mentais os estudos apresentam uma lacuna que pretendemos explorar nesta dissertação. Podem ser encontrados estudos sobre preconceito frente à esquizofrenia, como nos trabalhos de Angermeyer (2004; 2012) e Corrigan (2001; 2003), Loch (2011), Guarniero (2012) e Melo (2017); e Maciel et al. (2015) demonstra que crenças religiosas ainda estão presentes quando se pensa sobre as origens da doença mental. Porém, trabalhos que unam as duas temáticas ainda se apresentam como uma lacuna na literatura.

Frente a tudo que foi exposto, compreendemos que a pluralidade teórico-metodológica é o melhor caminho que podemos escolher para explorar essa lacuna na literatura e propor um trabalho que investigue as correlações entre religiosidade e preconceito frente à esquizofrenia. Mas, como de costume na prática científica, partimos de uma proposta para instrumentalizar uma análise mais ampla que possa integrar elementos intra/interpessoais e intra/intergrupais sobre preconceito e religiosidade, permitindo atentar à dinâmica das relações sociais e aos movimentos históricos.

Essa proposta é a utilização da Abordagem das Representações Sociais. As Representações Sociais funcionam como guias de papel essencial na vida das pessoas, na forma como interpretam, definem e lidam com a realidade (Jodelet, 2001). Assim, utilizar um referencial teórico que permita conhecer esse sistema que integra crenças, atitudes, aspectos do micro e macro social tornando-se teorias do senso comum sobre a realidade e seus aspectos é uma ferramenta que pode ampliar o entendimento nos estudos em Psicologia Social.

4. Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi um marco teórico na Psicologia Social Europeia e mundial no século XX. Foi desenvolvida por Serge Moscovici ao estudar como a psicanálise era apreendida e compartilhada por diferentes grupos sociais franceses e como o conhecimento científico é transformado em um conhecimento do senso comum (Moscovici, 1961). O trabalho de Moscovici então se debruça sobre o senso comum - um caminho contra intuitivo nas pesquisas científicas da época - e em como grupos sociais apreendem e transformam conteúdos científicos em teorias próprias (Moscovici, 2012). Nesse sentido, a TRS é fruto de uma quebra paradigmática na Psicologia Social e que fornece artifícios conceituais e técnicos atuais de análise da realidade social (Almeida & Santos, 2011).

Pelo estudo das Representações Sociais (RS), podemos compreender o seu papel na compreensão da realidade social e como elas auxiliam a tornar familiar aquilo que não o é, configurando-se como organizadoras e guias do comportamento social (Moscovici, 2012). Elas estão ligadas ao pensamento simbólico e à linguagem, e vinculadas ao nosso desenvolvimento como pessoas desde a infância à vida adulta. Estão carregadas de elementos da cultura e das ideologias de nossos grupos sociais, por isso jamais falamos de representações individuais, mas sempre sociais (Moscovici, 2003).

As RS representam a união de conceitos e explicações que se originam na vida cotidiana e na comunicação interindividual, com uma equivalência aos mitos e sistemas de crenças tradicionais em grupos sociais. São uma forma de conhecimento socialmente formado e compartilhado que tem fins práticos e colaboram na compreensão e criação da realidade (Moscovici, 1978; Jodelet, 1989b). Por isso elas sempre têm um caráter dialético, dinâmico e discursivo, histórico e social.

As Representações são sociais, pois tratam de objetos sociais e têm sua gênese e fluxo em sociedade, mas não se pode esquecer que também dizem respeito a elementos cognitivos de um tipo de conhecimento prático (Moscovici, 2012), um detalhe importante que iremos discutir mais adiante. As RS então são uma forma de saber sobre um fenômeno social que elas mesmas ajudam a construir e a comunicar entre os grupos (Jovchelovitch, 2000), propondo uma comunicação que versa sobre relações intergrupais e comportamento social, orientando práticas e atitudes.

As RS têm um caráter imagético e formam uma linha que une significados, percepções e sentidos à realidade social, vinculados ao pensamento simbólico e à linguagem, circulando nas falas e condutas cotidianas (Jodelet, 2001; Moscovici, 2003). Estão ancoradas nas realidades sociais dos seus emissores e refletem contextos, condições socioeconômicas e culturais e apresentam a dialogicidade entre a vida psíquica do emissor e o objeto social sobre o qual representa (Moscovici, 1961).

As RS contêm elementos do velho e do novo, permitem diálogos entre passado e presente e a reapresentação de objetos sociais que sempre estiveram aqui, mas que agora se configuram de outra forma. Elas apresentam fluidez, mas também têm um elemento de resistência à mudança (Jovchelovitch, 2000), o que nada mais é do que um espelho das sociedades, que apresentam um diálogo sem fim entre o novo e o velho, passado e presente, experiências vividas e experimentação do novo.

Existem quatro funções importantes que as RS ocupam na sociedade: *a função do saber*, que permite que conhecimentos se tornem saberes práticos e comuns; *a função de orientação*, que atua como guia orientador para a ação; *a função identitária*, que permite a construção de uma identidade que é ao mesmo tempo individual e coletiva; e *a função justificadora*, que permite que o sujeito justifique suas ações com base nos grupos que está inserido e com bases nas próprias RS (Abric, 2000; Almeida & Santos, 2011; Chaves & Silva, 2013).

Nos processos de gênese das RS destacam-se a *objetivação-ancoragem*, que evidenciam a relação indissociável da vida psíquica individual e do social, pois é por esses processos sociocognitivos que se transforma um conhecimento em representação. A objetivação concretiza uma ideia em uma imagem, transforma um conceito em algo tangível, já a ancoragem faz a integração dessa imagem com um esquema conceitual de pensamento já existente, ligado sempre aos fatores sociais e permeado por conteúdos coletivos (Abric, 1996; Jodelet, 2008; Vala, 2002).

Desta forma as RS têm grande poder na vida psíquica e social: são as teorias do senso comum, criando teóricos do cotidiano que pensam e agem sobre determinado objeto social de acordo com essas teorias que criam. Por isso o estudo das RS é importante para a Psicologia Social, pois nos permite entender com maior profundidade as condutas e saberes coletivos.

Partindo da obra seminal de Moscovici, podemos destacar três grandes abordagens dentro da TRS: a *processual*, representada pelo próprio Serge Moscovici e por Denise Jodelet, que já citamos anteriormente; a *societal*, representada por Willem Doise; e a *estrutural*, representada por Jean-Claude Abric.

A abordagem de Doise (2002) tem como objetivo conectar as explicações tanto do nível individual quanto do nível societal, bem como dos processos que permitem aos sujeitos um funcionamento social. O autor priorizou o estudo das relações entre grupos e indivíduos e

a influência dos fatores sociais sobre o funcionamento cognitivo dos sujeitos. Ele criou o chamado *modelo tridimensional* ou *das três fases*, que é uma resposta crítica aos estudos cujo foco era identificar exclusivamente os elementos consensuais das representações (Almeida, 2009).

As fases dessa abordagem são as seguintes: *fase 01*, o estudo do campo comum das RS; *fase 02*, identificar os princípios organizadores das variações individuais; *fase 03*, dar ênfase à ancoragem das diferenças individuais (Almeida, 2009; Doise, 2002). Para o próprio autor, essas três fases dão o ritmo às suas pesquisas sobre RS, dando ênfase àquilo que é consensual, àquilo que organiza as tomadas de posição individuais e às ancoragens (Doise, 2001).

Já a abordagem de Abric (2000) considera a representação como um conjunto de opiniões, atitudes, crenças e informações sobre um objeto social estruturada em torno de um *núcleo central*, que é responsável por organizar hierarquicamente os elementos representacionais e lhes dar sentido, e de um *sistema periférico*, que serve para mediar o relacionamento da representação com a realidade cotidiana (Abric, 2000; Chaves & Silva, 2013).

O núcleo central tem três funções principais: a *geradora*, que dá significado aos elementos da representação; a *organizadora*, que dá continuidade e unificação coerente a esses elementos; e a *estabilizadora*, que torna esses mesmos elementos mais resistentes às mudanças. Este núcleo é formado pelas condições históricas, sociais, ideológicas e coletivas, bem como sistema de valores, normas e crenças (Abric, 2000, Chaves & Silva, 2013). Em um sentido mais amplo é a parte mais consensual da representação e que possui mais homogeneidade, é a raiz social na qual se fundamentam as RS.

Já o sistema periférico é o que concretiza o núcleo central e o que permite a maior variabilidade das RS em um mesmo grupo. Seus elementos garantem o funcionamento da

representação e permitem o que podemos chamar de modulações individuais, que conferem flexibilidade para a representação, já que permitem que ela seja concretizada e compreendida (Abric, 1996). Esse sistema possui as seguintes funções: *a função de concretização*, que concretiza e adapta as RS ao contexto; *a função de regulação*, que orienta a ação; *a função de modulação personalizada*, que reinterpreta novas informações que possam ameaçar a estabilidade no núcleo; e *a função de proteção do núcleo central*.

Desta forma, os elementos periféricos têm o papel de mediar a relação do núcleo central com a realidade e servir de proteção contra elementos que o possam desestabilizar. Caso isso aconteça, o núcleo se desestrutura e sua organização é desfeita, seus elementos são dispersos e o sentido é mudado, passando a construir uma nova representação.

A TRS tem, ao longo de décadas, conquistado espaço e destaque nos estudos em Psicologia Social e em diversas áreas de conhecimento. Esse sucesso se dá pelo fato de que a teoria possibilita ao psicólogo social uma aproximação ao modo de pensar e agir sobre determinado fenômeno social da realidade dos participantes de suas pesquisas, bem como dá ao pesquisador a possibilidade de uma análise mais integrativa (Silva, 2011; Campos, 2014, Chamon et al., 2014).

No Brasil, a TRS está num processo expansivo e tem conquistado bastante espaço girando em torno das três abordagens clássicas (Almeida & Chaves, 2011). No país, um marco para o conhecimento da teoria foi a tradução de parte da obra original de Moscovici (Sá, 2013) logo no século XX e os estudos desenvolvidos aqui por pesquisadores que tiveram contato com o Laboratório de Psicologia Social coordenado por Moscovici na França (Chaves & Silva, 2013). Outro fator que auxilia na expansão da teoria no país é a pluralidade metodológica, que possibilita que ela seja estudada tanto na perspectiva qualitativa quanto na quantitativa (Vala, 2002), tornando-se a base teórica de diversas linhas de pesquisa sobre vários temas.

Representações sociais, loucura e transtornos mentais

Quanto à temática das RS acerca dos transtornos mentais, estudos apontam que mesmo com características variantes nas sociedades, elas apresentam certo grau de consenso, compartilhando elementos negativos em comum, principalmente quanto aos estereótipos estigmatizantes, crenças equivocadas e atitudes negativas (Jodelet, 2005; Serafim et al., 2017; Sousa, 2014; Sousa et al., 2018).

Um dos estudos mais importantes no que diz respeito às RS da loucura é o de Jodelet (1989a; 2005), na obra “*Folies et représentations sociales*” (Loucuras e Representações Sociais, em português). Denise Jodelet realizou entrevistas com moradores de uma comunidade onde pessoas diagnosticadas como “doentes mentais” habitavam como pensionistas e hóspedes das famílias do lugar. No discurso, Jodelet pôde identificar elementos discriminatórios e de exclusão, uma percepção de que os doentes mentais eram imprevisíveis, estranhos, perigosos e que era necessária uma posição de diferenciação e distanciamento deles, bem como uma forte distinção entre a doença mental e as outras doenças humanas.

Wagner (1999) pesquisando sobre a representação social da loucura em Patna (Índia) trás discussões sobre como um processo de modernização do senso comum pode ocorrer ancorando-se em estruturas tradicionais de conhecimento: os conhecimentos mais recentes que formam uma representação mais flexível se colocam em confronto com uma representação mais ancorada no pensamento tradicional mais rígido, o que configura o movimento dialético das representações.

Estudos como os de Morant (1955, 1998 e 2006) também são expoentes quando à temática da loucura e representações sociais, seus resultados demonstram que as representações sobre a loucura são carregadas de conteúdos negativos e e muitas contradições, por exemplo, a fundamentação da loucura ora no paradigma médico ora num modelo mais funcional de adaptação ao meio; representações da loucura baseadas na

diferença, angústia e perturbação, bem como as influências que os participantes dos estudos sofreram pelas mudanças políticas no contexto da saúde mental, oscilando entre concepções mais integras ou rígidas.

Foster (2001), estudando esta mesma temática apresenta resultados que demonstram uma representação com forte consenso em aspectos centrais como a percepção de imprevisibilidade e violência; mas também se percebe que entre os tipos de doenças mentais há diferentes representações sociais, considerando avaliações que incluem a visão da necessidade ou não de tratamento, os sintomas e sua persistência temporal, o tempo de duração do transtorno e sua gravidade tanto para o sujeito quanto para a sociedade. Desta forma, transtornos vistos como mais “leves” não seriam alvo de representações tão negativas quanto transtornos mais “graves” como a esquizofrenia. A autora explica que frente a esses resultados, o que se entende é que qualquer condição que possa ser rotulada de “doença mental” vai apresentar uma associação direta com os elementos centrais mais consensuais e de cunho mais negativo.

Dixit (2005), estudando a representação da doença mental entre estudantes demonstrou que ela se estrutura em torno da compreensão de suas consequências e causas e que pode ser enxergada como uma forma de desvio social. Foster (2006), investigou a mídia britânica e demonstrou que o uso de imagens negativas e estereotipadas influencia na permanência de percepções distorcidas sobre os problemas de saúde mental.

Dantas e Chaves (2007) em uma pesquisa com guardas de um hospital de custódia demonstram que ainda se mantém crenças sobre a periculosidade da loucura, o que envolve não só as atitudes frente à loucura mas também frente ao “louco infrator”.

Rodrigues et al (2009), em um estudo sobre as representações da loucura entre estudantes de direito e medicina, psiquiatras e advogados encontraram que há muita influência do conhecimento psiquiátrico na interface jurídico-médica, o que traz diversos

fatores que conduzem à exclusão e censura da loucura, bem como uma visão de periculosidade e inimizabilidade que requer uma compreensão mais complexa dos fenômenos sociais envolvidos.

Desta forma, a temática da loucura se coloca como um desafio dentro dos estudos em representações sociais. Por ser percebida como algo não familiar, “estranho”, o caminho para familiarizar esse conceito é acompanhado tanto por uma grande diversidade de significados ambivalentes quanto por processos sociais de diferenciação. O “louco” é visto como distante, como parte de outro grupo ao mesmo tempo em que é apreendido como diferente é visto como ameaçador, conduzindo à exclusão (Morante & Rose, 2002). É um campo desafiador, mas muito promissor no que se refere à compreensão do funcionamento das RS e como ela se relaciona com variáveis como o preconceito e a religiosidade.

Dito isto, estudo das RS referente aos transtornos mentais é relevante pois é uma forma de conhecer como elas modulam o comportamento e como auxiliam na interpretação da realidade e no conhecimento sobre questões sociais. Elas são o grande guarda-chuva que liga diferentes elementos presentes no imaginário social (pertencças grupais, crenças, estereótipos, atitudes, emoções, religião, preconceito...) em uma articulação que orienta a ação e as explicações sobre objetos sociais. Conhecer as RS é ao mesmo tempo conhecer esses elementos e obter informações sobre como elas explicam a relações sociais.

5. Considerações Finais

Tendo situado algumas mudanças históricas no que se refere à loucura e aos transtornos mentais, um dos principais objetivos deste texto é a reflexão sobre a influência do contexto na formação e manutenção do preconceito, bem como na gênese e desenvolvimento das representações sociais e qual o papel da religiosidade nesta dinâmica. Sabe-se também que a esquizofrenia é um protótipo da loucura e dentro do grupo dos transtornos mentais tem sofrido sistematicamente com maiores níveis de preconceito. Isso demanda atenção e foi o

que motivou a escrita deste artigo: levantar um aporte teórico-conceitual que permita discutir e questionar de que forma preconceito e religiosidade se relacionam e como se comportam no âmbito das representações sociais frente à esquizofrenia; podendo perceber como mudanças econômicas, sociais, científicas e políticas são elementos cruciais ao se observar e estudar temáticas em Psicologia Social.

Demonstrou-se que os componentes do preconceito (emoção, cognição e comportamento) são elementos-chave que devem ser estudados nas pesquisas sobre esse fenômeno, a fim de proporcionar um entendimento mais completo da atitude preconceituosa e como ela pode se relacionar a outros construtos psicológicos. Foi possível observar que o preconceito frente à esquizofrenia tem uma forte base nos estereótipos da periculosidade, imprevisibilidade e a visão de que o esquizofrênico é “louco”, bem como uma expressão emocional de medo frente a essas pessoas, o que geralmente conduz a comportamentos discriminatórios e de rejeição à intimidade.

No histórico da loucura é possível observar o quanto elementos de religiosidade estiveram presentes ao se discutir transtornos mentais em diferentes épocas. Isso conduziu alguns dos questionamentos e discussões feitos aqui em torno de uma principal reflexão teórico-metodológica: se a religiosidade se apresenta como variável importante em estudos sobre preconceito de diversas linhas de pesquisa, ela também deve ser considerada em estudos sobre o preconceito frente a transtornos mentais, e mais especificamente, frente à esquizofrenia; uma vez que a história reapresenta elementos religiosos sistematicamente nas representações sociais sobre os transtornos mentais.

A religião é um sistema ideológico que orienta condutas, contém mitos sobre existência, origem e fim e contém uma cultura e normas sobre como lidar com o mundo; a religiosidade é a expressão subjetiva que envolve a aceitação e expressão desses elementos. Isso é forte o bastante para que se considere a religiosidade como uma variável capaz de

modular o preconceito, fomentando-o ou o inibindo, tornando-se assim um fator importante nos estudos sobre preconceito e representações sociais.

Pesquisas têm demonstrado resultados com bastantes flutuações nas correlações entre preconceito e religiosidade, o que não significa que são menos científicos, mas na verdade mostram a dinâmica efervescente de como a religiosidade influencia e é influenciada pelos contextos sociais de diversos países onde os estudos têm sido desenvolvidos. Por isso uma das indicações feitas aqui é que se realizem mais pesquisas onde as variáveis *religiosidade* e *preconceito* estejam presentes, sendo analisadas por uma abordagem teórica mais social a fim de preencher uma lacuna na literatura científica quanto ao estudo do preconceito frente à esquizofrenia e a influência da religiosidade.

Para essa abordagem mais ampla e com maior cunho societal, indicou-se e se apresentou o aporte da Teoria das Representações Sociais. As representações versam sobre qualquer objeto social, nascem e se desenvolvem na sociedade, sendo um tipo prático de conhecimento e uma forma de saber, comunicar-se e lidar sobre e com o mundo. Nelas estão contidas crenças, atitudes, elementos de sistemas ideológicos, religiosidade, afeto, estereótipos, comportamentos e preconceitos, e elas servem como uma lente que interpreta e também constrói a realidade e as relações humanas. As RS aglutinam e criam um fio condutor entre percepções, significados e sentidos na realidade social, tendo uma dinâmica que apresenta elementos do velho mas que também agrega o novo sobre os objetos sociais. Desta forma, estudar o preconceito e religiosidade pelo viés das RS é ao mesmo tempo conhecer cada um desses elementos e lhes interpretar com um *background* teórico que considera o contexto, o conhecimento do senso comum e suas ancoragens e objetivações.

Nesse sentido, o que se percebe é que o contexto mundial atual tem promovido mudanças positivas nas representações sociais e no preconceito frente à esquizofrenia, mas ao mesmo tempo ainda apresenta elementos de cunho negativo. Dentro dessas mudanças há de

se questionar o modo que a religiosidade tem sido influente para lidar com o preconceito e como a resposta a essa pergunta pode auxiliar o campo da saúde mental, tanto a desenvolver novas formas e programas de educação para que nossa população tenha acesso a um conhecimento mais acessível, mas também científico sobre os transtornos mentais, quanto propondo práticas e saberes menos preconceituosos e promovendo mudanças nos elementos representacionais.

Referências

- Abric, J. (1996). *Núcleo Central das Representações Sociais*. Vozes, Petrópolis.
- Abric, J. (2000). A abordagem estrutural das representações sociais. In: A. S. P. Moreira, & D. C. Oliveira (Org.), *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*. (2 ed.). (pp.27-38). Goiânia: AB.
- Adorno, T. (1950). Introduction to “The Authoritarian Personality”. In T., Adorno, E., Frenkel-Brunswik; D., Levinson, & N., Sanford (Org.), *The Authoritarian Personality*. Nova York: Harper.
- Aguiar, L. J. P. (2020). *Por uma sociedade sem manicômios: (im)possibilidades da reforma psiquiátrica no capitalismo brasileiro*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.
- Alexander, K. J. (2017). Religiosity and bellicosity: The impact of religious commitment on patterns of interstate conflict. *Journal of global security studies*, 2(4), 271-287. <https://doi.org/10.1093/jogss/ogx016>.
- Allport, G. (1962). *La NaturalezadelPrejuicio*. Buenos Aires: Eudeba Editorial.
- Allport, G. W. (1954). *The Nature of Prejudice*. New York: Addison.
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of personality and social psychology*, 5(4), 432. <https://doi.org/10.1037/h0021212>
- Almeida, A. M. (2009). Abordagem societal das representações sociais. *Sociedade e Estado*, 24(3), 713-737. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922009000300005>
- Almeida, A. M. O., & Santos, M. D. F. D. S. (2011). A teoria das representações sociais. *Psicologia social: principais temas e vertentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Almeida, S. (2019). *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen Produção Editorial LTDA.

- Alves, D. F. A., Simões, O. C. L., & Mendes, A. (2020). Reforma Psiquiátrica e a Dependência Brasileira: entre o arcaico e o moderno. *Revista Katálisis*, 23(1), 165-179. <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n1p165>
- Amarante, P. (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Amarante, P. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In P., Amarante, P. (Org.), *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. (pp. 45-66). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Amarante, P. (2008). *Saúde mental. Formação e Crítica*. Rio de Janeiro: Laps-FIOCRUZ.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Aparecido, G. A., & da Silva, D. A. (2020). Pessoas com esquizofrenia: percepção acerca da discriminação e do estigma. *Research, Society and Development*, 9(3), e78932444-e78932444.
- Aparecido, G. A.; Silva, D. A. (2020). People with schizophrenia: perception about discrimination and stigma. *Research, Society and Development*, 9(3) 78932444. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2444>
- Araújo, A. C., & Lotufo Neto, F. (2014). A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67-82. Recuperado em 19 de novembro de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&tlng=pt.
- ARP, R. (2014). *1001 ideias que mudaram nossa forma de pensar*. Rio de Janeiro: Sextante.

- Azevedo, E. C. (2012). *O louco mundo da ficção: um estudo sobre a representação social da esquizofrenia na telenovela*. Dissertação de Mestrado em Comunicação. Faculdade de Comunicação Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Baba, Y., Nemoto, T., Tsujino, N., Yamaguchi, T., Katagiri, N., & Mizuno, M. (2017). Stigma toward psychosis and its formulation process: prejudice and discrimination against early stages of schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 73, 181-186. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.11.005. Epub 2016 Nov 17. PMID: 28040575
- Baltasar, C. G. A., Pereira, N. P. C., & de Andrade Souza, G. L. (2020). O impacto da exclusão social para os pacientes portadores de esquizofrenia. *Brazilian Journal of Development*, 6(12), 99162-99172.
- Batista, E. C. (2020). A Saúde Mental e o Cuidado à Pessoa em Sofrimento Psíquico na História da Loucura. *Revista Enfermagem e Saúde Coletiva-REVEESC*, 3(2), 2-15, <https://www.revesc.org/index.php/revesc/article/view/32>
- Bezerra, A. I. H., & Pinheiro, C. V. Q. (2020). Alhures da loucura: um estudo arqueogenealógico sobre a produção da figura do doente mental. *Revista de Psicologia*, 11(1), 70-81. <https://doi.org/10.36517/revpsiufc.11.1.2020.7>
- Bowman, J. W. P., & West, K. (2019). Prime and prejudice: Brief stereotypical media representations can increase prejudicial attitudes and behaviour towards people with schizophrenia. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 29(3), 167-177. <https://doi.org/10.1002/casp.2392>
- Calafell, M. R., & Giráldez, S. L. (2014). Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatria de enlace*, 111, 89-93. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906966>
- Camilo, P. A. S. (2014). *O lugar do sagrado na clínica psicológica. 2014. Dissertação de Mestrado em Ciências da Religião*. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo.

- Cardoso, L. M. A. (2004). *Ensino-Aprendizagem de Psicopatologia: um projeto coletivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Carmo, J., & Cunha, A. (2017). As experiências de vida e os desafios de homossexuais brasileiros: uma revisão sistemática. *Psicologia e Saúde em debate*, 3(1), 141-157. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V3N1A10>
- Cerqueira-Santos, Elder, César Augusto de Sá G., Nunes, Lucas Menezes, & Silveira, Aline Pompeu. (2017). Homofobia internalizada e religiosidade entre casais homoafetivos. *Temas em Psicologia*, 25(2), 691-702. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.2-15>
- Chamon, E. M. Q. O., Guareschi, P., & Campos, P. H. (2014). *Textos e debates em representação social*. Porto Alegre: Abrapso.
- Chaves, A. M., & Silva, P. L. Representações sociais. In: C. V. Torres, & E. R. Neiva (Orgs.), *A psicologia social: Principais temas e vertentes* (pp. 413-464). Porto Alegre, RS: ArtMed.
- Cirilo, L. S. (2006). *Novos tempos: Saúde Mental CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande - PB
- Costa-Junior, F., & Medeiros, M. (2007). Alguns conceitos de loucura entre a psiquiatria e a saúde mental: diálogos entre os opostos. *Psicologia USP*, 18(1), 57-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642007000100004>.
- Cuevas, J A., & Dawson, B L. (2020). An Integrated Review of Recent Research on the Relationships Between Religious Belief, Political Ideology, Authoritarianism, and Prejudice. *Psychological Reports*, 1-38. <https://doi.org/10.1177/0033294120925392>
- D. S., Vieira, J. C. C., Castro, M. S. R., Lima, M. S., Portella, N. M. P., Fonseca, R. P. O., & Figueiredo, S. H. G. Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a

- lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia. *Health Residencies Journal* 1(1), 48-64, 2020. <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/21/7>
- D'Agord, M. (2005). *Esquizofrenia, os limites de um conceito*. Porto Alegre: UFRS.
- Dalgalarrodo, P. (2009). *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Dantas, M. A. F; Chaves, A. M. (2007) Saúde custodiada: representações dos guardas sobre o Hospital de Custódia. Salvador: UFBA. Recuperado em: abr/2009 Obtido em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>
- de Almeida Bastos, L. J., Lombardi, F. R., & Marques, S. F. G. (2017). CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO MASCULINA SOBRE ESQUIZOFRENIA. *Revista Estudos & Pesquisas Unilins*, 1(1), 52-57.
- Dixit, S. (2005). Meaning and Explanations of Mental Illness: A Social Representations Approach. In: *Psychology & Developing Societies*, Vol. 17, No. 1, 1- 18(2005).
- Doise, W. (2001). Atitudes e representações sociais. In J., D. (Org.), *Representações sociais*. (pp. 187-203). Rio de Janeiro: UERJ.
- Doise, W. (2002). Da psicologia social à psicologia societal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(1), 027-035. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722002000100004>
- Dollard, J., Miller, N. E., Doob, L. W., Mowrer, O. H., & Sears, R. R. (1939). *Frustration and aggression*. Yale University Press. <https://doi.org/10.1037/10022-000>
- dos Santos, J. M., & Mendes, T. W. Mensuração E Correlação Do Preconceito Sexual A Partir Da Religiosidade E Dos Preceitos Sociais.
- dos Santos, P. V., de Souza, F. G., de Aquino Lemos, V., & Sardinha, L. S. (2019). DIFICULDADES DE ACEITAÇÃO DA SOCIEDADE EM RELAÇÃO A PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA. *Diálogos Interdisciplinares*, 8(10), 69-78.

- Elkis, H. (2000). A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22(Suppl. 1), 23-26. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000500009>
- Ferreira, F. N., Fernandino, D. C., Souza, G. R. M. D., Ibrahim, T. F., Fukino, A. S. L., Araújo, N. C., & Vidal, C. E. L. (2015). Avaliação das atitudes de estudantes da área da saúde em relação a pacientes esquizofrênicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(4), 542-549.
- Fonseca, T., & Neto, F. K. (2020). Ressonâncias político-clínicas do ideal de inclusão nos centros de atenção psicossocial. *Psicologia em Estudo*, 25, e44893. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.44893>
- Foster, J. L. (2001). Unification and differentiation: a study of the social representations of mental illness. *Papers on Social Representations*, 10, 3.1-3.18. <http://psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/article/download/272/237>
- Foster, J. L. H (2006) Media presentation of the mental health bill and representations of mental health problems. In: *Journal of community & applied social psychology*. Vol. 16, no 4, pp. 285-300 [16 page(s) (article)] (2 p.1/4)
- Foucault, M. (1972). *La Arqueología del Poder*. São Paulo: Vozes.
- Foucault, M. (2002). *A história da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- França. [Declaração (1789)]. *Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão da França*, Senado Nacional. https://www.senat.fr/lng/pt/declaration_droits_homme.html.
- Giovanetti, J. P. (2005). Psicologia existencial e espiritualidade. In M. M., AmatuZZi, M. M. (Org.). *Psicologia e espiritualidade*. São Paulo: Paulus.
- 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. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 39(3), 80-84. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000300002>

- Guo, Q., Liu, Z., & Tian, Q. (2020). Religiosity and prosocial behavior at national level. *Psychology of Religion and Spirituality*, 12(1), 55-65. <https://doi.org/10.1037/rel0000171>
- Herbes, N. E, & Avila, M. J. (2020). Psicologia e Religião: Um Encontro Inevitável. *Revista PistisPraxis*, 12(1), 143-162. <http://dx.doi.org/10.7213/2175-1838.12.001.AO02>
- Hill, P. C., & Hood, R. W. (1999). *Measures of religiosity*. Birmingham: Religious Education Press.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Censo Demográfico*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9749&t=destaques>>.
- Jabert, A. (2001). *Da nau dos loucos ao trem de doido: as formas de administração da loucura na primeira república: o caso do estado do Espírito Santo*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Jodelet, D. (1989a). *Folieset représentation ssociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (1989b). Représentation ssociales: undomaine en expansion. In: D. Jodelet (Org.), *Les representations sociales*. (pp. 31-61). Paris, França.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In: D. Jodelet. (Org.), *As representações sociais*. (pp. 17-44). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Jodelet, D. (2005). *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Jovchelovitch, S. (2000). *Representações sociais e espaço público: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- Koenig, H. G., Youssef, N. A., Smothers, Z., Oliver, J. P., Boucher, N. A., Ames, D., ... & Haynes, K. (2020). Hope, religiosity, and mental health in US veterans and active duty military with PTSD symptoms. *Military medicine*, 185(1-2), 97-104. <https://doi.org/10.1093/milmed/usz146>

- Lacerda, M., Pereira, C., & Camino, L. Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15(1) 165-178. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100018>.
- Laureano, P. G, Jiménez, C. M. A., Rivera, G. C. A., & Jesús, I. M. S. (2019). Estigma asociado a la esquizofrenia com estudantes de Ingeniería en Sistemas en dos universidades privadas de Santo Domingo. *Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 65(2), 49-60. <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/2627>
- Lipka, M. (2017). Muslims and Islam: Key findings in the US and around the world. *Pew Research Center, Washington (DC)*, 9, 9. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2017/08/09/muslims-and-islam-key-findings-in-the-u-s-and-around-the-world/>
- Maciel, S. C. (2007). *Exclusão/inclusão social do doente mental/louco: representações e práticas no contexto da reforma psiquiátrica*. Tese de Doutorado em Psicologia Social. Departamento de Psicologia, 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 em Psicologia Social. Departamento de Psicologia, 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 em Psicologia Social. Departamento de Psicologia, 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 em Psicologia Social. Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB.
- Maciel, S. C. (1997). *Representação social sobre drogas e seus usuários: um estudo comparativo com profissionais das áreas jurídica e de saúde*. 1997. Dissertação de

Mestrado em Psicologia Social. Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB.

Maciel, S. C., & Melo, J. R. F. (2014). Pessoas com transtornos mentais e exclusão social: um diálogo a luz das representações sociais. In: E. M. Q. Chamon, P. A. Guareschi, & P. H. F. Campos (Org.), *Textos e Debates em Representação Social*. (pp. 293-310). Porto Alegre: ABRAPSO.

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. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712008000100014>

Maoski, A. C., & Fernandes, J. C. (2017, setembro). A Representação da Esquizofrenia em Caminho das Índias (2009) – Influências e Desdobramentos da Luta Antimanicomial no Brasil. En *Intercom - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação*. Trabalho apresentado no 40º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, Fortaleza, Brasil.

<https://portalintercom.org.br/anais/nacional2017/resumos/R12-0171-1.pdf>

Melo, J. R. F. (2017). *Preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia: explicações com base em crenças causais e estereótipos*. Tese de Doutorado em Psicologia Social. Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB.

Melo, J. R. F., Maciel, S. C., Oliveira, M. X., Camino, L. F., & Carvalho, T. A. (2019). Benevolence Toward Schizophrenia Scale: Construction and evidence of validation. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 36, e170202. <https://doi.org/10.1590/1982-0275201936e170202>

- Morant, N. (1998) The social representation of mental ill-health in communities of mental health practitioners in the UK and France. In: *Social Science Information*.1998; 37: 663-685
- Morant, N. (2006) Social representations and professional knowledge : The representation of mental illness among mental health practitioners. In: *British journal of social psychology*. Vol. 45 (4), pp. 817-838 [22 page(s) (article)] (3 p.1/4)
- Morant, N. (1995) What is mental illness? Social representations of mental illness among British and French mental health professionals. In: *Papers on Social Representations* . Vol. 4 (1) 1-52.
- Morant, N., & Rose, D. (2002). Loucura, multiplicidade e alteridade. In: A. Arruda (Org.), *Representando a alteridade*. (pp. 129-148). Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (2003). O fenômeno das representações sociais. In: S. Moscovici (Org.), *Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Neiva, E. R. & Mauro, T. G. (2011). Atitudes e Mudança de Atitudes. In: C. V. Torres & E. R. Neiva (Org.), *Psicologia Social: principais Temas e Vertentes* (pp. 171-203). Porto Alegre: Artmed.
- Nunes, Mônica de Oliveira et al. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 24, n. 12 [Acessado 7 Fevereiro 2021] , pp. 4489-4498. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>>. ISSN 1678-4561.

<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>.

O'Donnell, K. (2007). *Conhecendo as religiões do mundo*. São Paulo: Edições Rosari.

Oliveira, S. (2002). Trechos da História da Loucura. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, 2(3), 106-120. <https://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/52>

Organização Pan-Americana De Saúde (OPAS; 2001). *Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde mental no mundo*. Genebra: OMS.

Paim, M. B., & Kovaleski, D. F. (2020). Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. *Saúde e Sociedade*, 29, e190227. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190227>.

Pereira, A. P. (2018). Principais características da esquizofrenia: uma análise bibliográfica. *Anais De Medicina*.

<https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/anaisdemedicina/article/view/15820>

Pessotti, I. (2006). Sobre a teoria da loucura no século XX. *Temas em Psicologia*, 14(2), 113-123. <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751429002.pdf>.

Pessotti, I. (1984). *Deficiência mental: da superstição à ciência*. São Paulo: Edusp.

Pessotti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. São Paulo: Editora 34.

Pessotti, I. (1996). *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34.

Pessotti, I. (1999). *Os nomes da loucura*. São Paulo: Editora 34.

Pinto, E. B. (2009). Espiritualidade e Religiosidade: Articulações. *REVER: Revista de Estudos da Religião*, 9, 68-83. https://www.pucsp.br/rever/rv4_2009/t_brito.pdf

Pugacheva, K. (2020, abril 18). Força-tarefa destaca papel de líderes religiosos contra covid-19, pedindo que ajudem a informar população. [publicação no site ONU News].

<https://news.un.org/pt/story/2020/04/1710892>.

- 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 Scandinavica*, 114(5), 303-318. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x. PMID: 17022790.
- Remmers, H. H. (1963). *Anti-democratic attitudes in American schools*. Evanston: Northwestern University Press.
- Rodrigues, S. da S; Dantas, L. C. N; Santos, D. C. dos; & Dantas, D. R. (2009). Os olhares médico e jurídico sobre o louco: um estudo das representações sociais acerca da loucura. In: *Psicologia.com.pt - O portal dos Psicólogos*. Recuperado em set/2009 Obtido em: http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0471.
- Rokeach, M. (1960). *The open and closed mind: Investigations into the nature of belief systems and personality systems*. New York.
- Sá, C. P. (2013). On the routes of Social Psychology in Brazil. *Estudos de psicologia (Natal)*, 18(1), 93-98. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2013000100015>.
- SAĞIR, Z., & Paloutzian, R. F. Religious Attitudes, Demographic Variables, And Prejudice Toward Syrian Refugees In Turkey: Local Data And International Differences. *Ortadoğu Ve Göç*, 10(20), 302-343.
- Santos, C. C., Souza, F. G., Sardinha, L. S., & Lemos, V. A. (2019). Relações entre ansiedade no pré-operatório de cirurgia cardíaca em pacientes hospitalizados. *Diálogos Interdisciplinares*, 8(8), 74-81. <https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/805>
- Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *Lancet*, 370(9590):810-1. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61245-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61245-8).
- Serafim, R. C. N. S., Bú, E. A., Maciel, S. C., Santiago, T. R. S., & Alexandre, M. E. S. (2017). Representações sociais da reforma psiquiátrica e doença mental em universitários

brasileiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(1), 221-233.

<https://dx.doi.org/10.15309/17psd180118>

Silva, A. M., Santos, C. A., Miron, F. M., Miguel, N. P., Furtado, C. C., & Bellemo, A. I. S. (2016). Esquizofrenia: Uma revisão bibliográfica. *UNILUS Ensino e Pesquisa*, v. 13(30), 18-25. <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/688>

Silva, R. C. B. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*, 17(4), 263-285.

<https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000400014>

Silva, S. E. D., Camargo, B. V., & Padilha, M. I. (2011). A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 947-951. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500022>.

Silveira, L. C., & Braga, V. A. B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 13(4), 591-595.

<https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000400019>

Snowden Jr., F. M. (1995). *Europe's oldest chapter in the history of black-white relations*. In B. P., Bowser. (Org), *Racism and anti-racism in world perspective*. (pp. 3-26). Londres: Sage.

Soares, F. O. (2020). Holocausto Brasileiro. *Revista Direito no Cinema*, 1(1), 71-73.

<http://www.revistas.uneb.br/index.php/direitonocinema/article/download/8162/pdf>

Sousa, P. F. (2014). *Adesão à reforma psiquiátrica e preconceito frente ao doente mental: um estudo com universitários à luz da teoria das representações sociais*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB.

Sousa, P. F., & Maciel, S. C. Scale of Stereotypes about the Mentally III: Construction and Preliminary Psychometric Evidence. *Trends in Psychology*, 27(2), 459-471.

<https://doi.org/10.9788/tp2019.2-12>.

- Sousa, P. F., Maciel, S. C., & Medeiros, K. T. Paradigma Biomédico X Psicossocial: Onde são Ancoradas as Representações Sociais Acerca do Sofrimento Psíquico?. *Trends in Psychology*, 26(2), 883-895. <https://doi.org/10.9788/tp2018.2-13pt>
- Sousa, P. F., Maciel, S. C., Medeiros, K. T., & Vieira, G. L. S. (2016). Atitudes e Representações em Saúde Mental: Um Estudo com Universitários. *Psico-USF*, 21(3), 527-538. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210307>
- Suárez-Vergne, A., Tardivo, G., Cano, E. D., & Fernández Fernández, M. (2019). Estereotipos sobre la depresión y la esquizofrenia em Twitter. *Espacioabierto: caderno venezolano de sociología*, 28(3), 75-90. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7051680.pdf>
- Utza, F., Bögeb, K., Hahn, E., Fuchs, L., Schomerus, G., Angermeyer, M. & Lersnera, U. (2019). Public attitudes towards depression and schizophrenia in an urban Turkish sample. *Asian journal of psychiatry*, 45, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.07.015>
- Vala, J. (2002). *Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano*. In: M. B. J. Monteiro; J, Vala. (Orgs.), *Psicologia social* (pp. 457-502) (5ª ed.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbelkian.
- Van Assche, J., Bahamondes, J., & Sibley, C. (2020). Religion and prejudice across cultures: A test of the threat-constraint model. *Social Psychological and Personality Science*, 1948550620920966.
- Vechi, L. G.; Chiroso, P. S., & Prado, J. N. C. (2017). A inserção social pelo trabalho para pessoas com transtorno mental: uma análise de produção científica. *Revista Psicologia e Saúde*, 9(1), 111-123. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v9i1.368>
- Vieira, G. L. S., Menezes, L. S. C., Sousa, P. F., & Maciel, S. C. (2018). Concepções de usuários de um CAPS sobre o tratamento e inclusão. *Psicologia & Sociedade*, 30, e187474. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30187474>

Vieira, P. P. (2015). Reflexões sobre A História da Loucura de Michel Foucault. *Revista Aulas*, 1(3). <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/view/1934>

Wagner, W., Duveen, G., Themel, M., & Verma, J. (1999). The modernization of tradition: Thinking about madness in Patna, India. *Culture & Psychology*, 5(4), 413-445.

Wulff, D. M. (1991). *Psychology of religion: Classic and contemporary views*. New Jersey: John Wiley & Sons.

ESQUIZOFRENIA E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

SCHIZOPHRENIA AND ITS SOCIAL REPRESENTATIONS

ESQUIZOFRENIA Y SUS REPRESENTACIONES SOCIALES

TÍTULO ABREVIADO: ESQUIZOFRENIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

SHORT TITLE: SCHIZOPHRENIA AND SOCIAL REPRESENTATIONS

TÍTULO BREVE: ESQUIZOFRENIA Y REPRESENTACIONES SOCIALES

Resumo

As representações sociais quanto aos transtornos mentais têm apresentado diversas características ao longo do tempo, mas o que se pode perceber é a persistência de elementos negativos em comum, como estereótipos estigmatizantes, crenças distorcidas, atitudes negativas e certo consenso quanto a elementos de imprevisibilidade e periculosidade. Por isso, o objetivo deste estudo é analisar as representações sociais frente à esquizofrenia, baseando-se no pressuposto de que encontraremos aspectos como crenças causais equivocadas, estereótipos similares aos vinculados à loucura, foco na sintomatologia psicótica e indícios de preconceito e exclusão. Utilizou-se uma amostra da população geral (N=80; média de idade 29,91 anos, DP 10,81), encontrando uma representação que continua com um aspecto fortemente negativo, tendo um foco na patologização e nos sintomas, vinculando o transtorno a estereótipos estigmatizados, como os de periculosidade e agressividade. A representação traz a força do componente afetivo “medo”, no núcleo central, indicando que a visão negativa sobre esquizofrenia influencia nas emoções expressas frente às pessoas com esse transtorno. Foi possível identificar que o preconceito e a exclusão social foram apresentados como elementos importantes da relação entre a sociedade e as pessoas com esquizofrenia, demonstrando a força que as representações têm como moduladoras de ações e influenciadoras de comportamentos.

Palavras-chave: Esquizofrenia; representações sociais; psicologia social.

Abstract

Social representations regarding mental disorders have presented several characteristics over time, but what can be noticed is the persistence of negative elements in common, such as stigmatizing stereotypes, distorted beliefs, negative attitudes and a certain consensus regarding elements of unpredictability and dangerousness. Therefore, the aim of this study is to analyze social representations in the face of schizophrenia, based on the assumption that we will find aspects such as mistaken causal beliefs, stereotypes similar to those related to madness, focus on psychotic symptoms and evidence of prejudice and exclusion. A sample of the general population was used (N = 80; mean age 29.91 years, SD 10.81), finding a representation that continues with a strongly negative aspect, focusing on pathologization and symptoms, linking the disorder to stigmatized stereotypes, such as those of dangerousness and aggressiveness. The representation brings the strength of the affective component "fear", in the central nucleus, indicating that the negative view on schizophrenia influences the emotions expressed in front of people with this disorder. It was possible to identify that prejudice and social exclusion were presented as important elements of the relationship between society and people with schizophrenia, demonstrating the strength that representations have as modulators of actions and influencers of behavior.

Keywords: Schizophrenia; social representations; social psychology.

Resumen

Las representaciones sociales sobre los trastornos mentales han presentado varias características a lo largo del tiempo, pero lo que se puede notar es la persistencia de elementos negativos en común, como estereotipos estigmatizantes, creencias distorsionadas, actitudes negativas y cierto consenso sobre elementos de imprevisibilidad y peligrosidad. Por tanto, el objetivo de este estudio es analizar las representaciones sociales ante la esquizofrenia, partiendo del supuesto de que encontraremos aspectos como creencias causales erróneas, estereotipos similares a los relacionados con la locura, foco en síntomas psicóticos y evidencias de prejuicio y exclusión. Se utilizó una muestra de población general (N = 80; edad media 29,91 años, DE 10,81), encontrándose una representación que continúa con un aspecto fuertemente negativo, con foco en la patologización y sintomatología, vinculando el trastorno a estereotipos estigmatizados, como los de peligrosidad y agresividad. La representación trae la fuerza del componente afectivo "miedo", en el núcleo central, lo que indica que la visión negativa sobre la esquizofrenia influye en las emociones expresadas hacia las personas con este trastorno. Se pudo identificar que el prejuicio y la exclusión social se presentaron como elementos importantes de la relación entre la sociedad y las personas con esquizofrenia, demostrando la fuerza que tienen las representaciones como moduladores de las acciones e influenciadoras de la conducta.

Palabras llave: Esquizofrenia; representaciones sociales; psicología social.

1. Introdução

As Representações Sociais (RS) são conceitos e explicações do senso comum originários na vida cotidiana e na comunicação entre sujeitos e grupos, um conhecimento com gênese e difusão sociais com um fim prático: compreender a realidade. Seu estudo busca debruçar-se sobre elas para compreender como os grupos criam suas teorias sobre objetos sociais (Jodelet, 2001, Moscovici, 2012). Estudá-las permite o contato com toda essa dinâmica social e psíquica, permite analisar elementos do velho e do novo social, relações entre passado e presente, aspectos fluidos, mas também que apresentam resistência à mudança, numa dança que é um retrato da dinâmica social.

Dito isto, consideramos que o estudo das representações sociais frente a assuntos como os transtornos mentais, especificamente a esquizofrenia, pode nos fornecer elementos importantes para analisar significados, percepções, sentidos, imagens e aspectos da realidade que circulam nas falas e condutas do cotidiano. Neste artigo, propomos uma análise sobre as RS frente à esquizofrenia com base tanto na perspectiva processual quanto na estrutural. Esta última auxilia principalmente na identificação do núcleo central e do sistema periférico da representação, estruturas que permitem conhecer a organização do sistema representacional e seus elementos.

As RS quanto aos transtornos mentais têm apresentado diversas características ao longo do tempo, mas o que se pode perceber é a persistência de elementos negativos em comum, como estereótipos estigmatizantes, crenças distorcidas, atitudes negativas e certo consenso quanto a elementos de imprevisibilidade e periculosidade (Foster, 2001; Jodelet, 2005; Morant, 2006).

Pesquisas sobre as RS da esquizofrenia, especificamente, ainda são uma lacuna a ser preenchida, porém, por aproximação teórica, entendemos que trazer pesquisas sobre os transtornos psicóticos ou sobre a loucura pode auxiliar em nosso percurso teórico e de

análise, uma vez que defendemos a hipótese de que a esquizofrenia, ao longo dos anos, passou a ser uma objetificação da loucura e que em sua representação social a loucura figurará como um dos elementos principais.

Um dos estudos mais importantes sobre as RS da loucura é de Jodelet (2005), “*Loucuras e Representações Sociais*”. Em entrevistas com pessoas que moravam em uma comunidade que abrigava doentes mentais como pensionistas, a autora identificou não só um discurso discriminatório, como um ambiente de exclusão e estereótipos negativos pautados na imprevisibilidade, estranheza, periculosidade e afastamento. Morant (2006) também demonstra que as representações da loucura estão cheias de elementos negativos e contradições, oscilando entre paradigmas médicos e modelos mais funcionais, baseando a representação na diferenciação, angústia e perturbação.

Foster (2001) demonstra que a representação da loucura apresenta forte consenso em elementos como a percepção de ameaça, violência e imprevisibilidade, o que é influenciado pelo tipo de transtorno, onde os mais graves, como a esquizofrenia, sofrem com representações mais negativas. Rodrigues et al. (2009) demonstram que, entre estudantes de direito, medicina, psiquiatras e advogados, a representação trás muitos elementos da interface médico-jurídica, baseada numa visão de periculosidade e imputabilidade, o que influencia na exclusão e censura dos considerados loucos.

Desta forma, os estudos não só demonstram certo consenso nas representações frente aos transtornos mentais, como na persistência de elementos negativos na representação frente à loucura. Por isso, o objetivo deste estudo é analisar as representações sociais frente à esquizofrenia, baseando-se no pressuposto de que encontraremos aspectos como crenças causais equivocadas, estereótipos similares aos vinculados à loucura, foco na sintomatologia psicótica e indícios de preconceito e exclusão.

2. Método

Este foi um estudo do tipo exploratório, descritivo, de abordagem mista-concomitante qualitativa e quantitativa. A técnica de amostragem foi não probabilística por conveniência, com 80 pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, que voluntariamente responderam o instrumento de coleta.

Participantes

Os respondentes apresentaram as seguintes características sociodemográficas: idade com média de 29,91 anos (*DP* 10,81; moda 23 anos; variando entre 18 a 56 anos); maioria do sexo feminino (62,5%) maioria com Graduação (47,5%) e pós-graduação (21,3%); estado civil com maioria solteira, 61,3% e casada, 30%; 91,3% declarou não conviver com pessoas diagnosticadas com esquizofrenia.

Procedimentos Éticos e Instrumentos

A participação era aberta à população geral, o instrumento de coleta era de autoaplicação *online* e composto pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (projeto CAAE nº 12942419.9.0000.5188), sessão de dados sociodemográficos; evocação livre de palavras com estímulo indutor “esquizofrenia”; e duas perguntas abertas sobre esquizofrenia.

3. Análise dos dados

Os dados sociodemográficos foram tabulados e analisados com auxílio do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21 e os dados qualitativos foram tabulados com programas do Pacote *Office* (*Word* e *Excel*). Utilizou-se o *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) para a análise prototípica da evocação de palavras, respeitando tanto a ordem hierarquizada de três colocações que os próprios participantes preencheram como os critérios de Abric (2000); utilizou-se a análise de

conteúdo temático-categorial de Bardin (Bardin, 2004), com categorias *a posteriori*, para analisar as perguntas abertas.

4. Resultados e Discussão

Análise Prototípica

O resultado da análise pode ser observado no Quadro 1. Inicia-se a leitura a partir do núcleo central, que traz as palavras com maiores frequência e que são evocadas mais rapidamente (com menor ordem média de evocação - OME); passando para o sistema periférico próximo, que embora traga palavras com altas frequências possuem ordem de evocação maior quando comparados ao núcleo central. O núcleo central e o sistema periférico próximo para os estudos das RS são os que recebem mais atenção, pois apresentam elementos centrais para que possamos levantar hipóteses sobre o núcleo da representação compartilhada pelo grupo estudado (Abric, 2000).

Quadro 1. Quadrantes da Análise Prototípica

Núcleo central <i>Frequência >= 9.54</i> <i>OME <= 1.9</i>			Sistema Periférico Próximo <i>Frequência >= 9.54</i> <i>OME > 1.9</i>		
<i>Evocações</i>	<i>f</i>	<i>OME</i>	<i>Evocações</i>	<i>f</i>	<i>OME</i>
Doença	29	1.4	Alucinações	25	2
Transtorno Psiquiátrico	28	1.9	Loucura	23	2
Medo	10	1.9			
Zona de contraste <i>Frequência < 9.54</i> <i>OME <= 1.9</i>			Sistema Periférico Distante <i>Frequência < 9.54</i> <i>OME >1.9</i>		
<i>Evocações</i>	<i>f</i>	<i>OME</i>	<i>Evocações</i>	<i>f</i>	<i>OME</i>
Sofrimento	9	1.3	Descontrole	9	2
Perturbação	7	1.9	Agressividade	7	2.6
Surto	6	1.8	Cuidado	7	2.1
			Isolamento	6	2.2
			Psicologia	5	2.2
			Tristeza	4	2.2
			Tratamento	4	2

Legenda: f: frequência; OME: ordem média de evocação

Observa-se que o núcleo central da representação aqui é formado pelas palavras “doença; transtorno psiquiátrico; medo”. É ele quem organiza os elementos da representação

e dá sentido a ela, conferindo significado (função geradora), continuidade e unidade (função organizadora), bem como estabilidade a esses elementos (Abric, 2000). Sem os elementos do núcleo central o objeto sobre o qual o grupo representa não seria o mesmo e essa construção tem forte influência das condições históricas, coletivas, sociais, ideológicas, valores, crenças e normas, e representa a parte mais consensual da representação.

Termos científicos presentes no núcleo da representação podem, a princípio, ser interpretados como coisas positivas, pois demonstram contato com uma terminologia mais técnica, mas isso não significa uma representação mais positiva. O que a literatura tem demonstrado é que o termo “doença mental” é fortemente estigmatizado, e as pessoas vistas como “doentes mentais” são tidas como preguiçosas, fracas, anormais ou ameaçadoras, bem como uma vinculação à loucura e à falta de razão (Maciel *et al.*, 2008; Serafim *et al.* 2017; Larkings & Brown, 2018; Sandu *et al.*, 2020).

Por outro lado, o “medo” evocado no núcleo central é uma clara indicação da relação histórica conturbada da sociedade com as pessoas com transtornos mentais. Segundo Melo (2017), a esquizofrenia é um dos transtornos mentais que têm carregado maiores níveis de preconceito e as pessoas com o transtorno são vistas como uma ameaça, instáveis, perigosas e agressivas, muitas vezes tratadas em uma posição de distanciamento e incômodo.

Concorda-se com Humberto, Campos e Rouquette (2003) quando propõem que o núcleo central “assegura sua função organizadora e estruturante, também em relação à dimensão afetiva [...] organiza e determina a participação estrutural das cognições afetivamente carregadas através de relações de significação” (p. 347). Desta forma a dimensão afetiva é extremamente importante ao núcleo central e permeia os elementos representacionais, imprimindo uma marca afetiva em suas funções.

O sistema periférico próximo foi formado pelas evocações “*alucinações; loucura*”. Os termos presentes neste sistema são complementares aos do núcleo central e auxiliam na compreensão de sua estrutura. Ele concretiza o núcleo central e garante o funcionamento da representação.

Um dos resultados esperados era de que a “loucura” aparecesse entre os elementos mais centrais da representação (observe-se o sistema periférico próximo). Em uma análise histórica o que se pode observar é que no senso comum a loucura sofreu algumas mudanças imagéticas: passou a ser fortemente entendida como psicose, criando um forte vínculo com a esquizofrenia, sendo o principal transtorno da classe dos “psicóticos”; desta forma, a esquizofrenia por sua vez foi gradativamente se tornando um protótipo da psicose e uma representação da loucura (Maciel, 2008; Melo, 2017; Scior, 2013), sendo associada a estereótipos e representações similares aos que são evocados ao se falar sobre a loucura. Estudos mais recentes apresentam que a loucura ainda é associada a representações negativas onde estão presentes o medo, a repulsa, um sentimento de estranheza e medo, bem como ligada a um modelo asilar de tratamento (Larkings & Brown, 2018; Maciel et al., 2020; Sandu *et al.*, 2020).

No sistema periférico próximo também foi possível observar que as “alucinações” aparecem como um importante elemento caracterizador da representação. Frequentemente, no senso comum a esquizofrenia é associada a um tipo de alucinação específica: alucinações auditivas; ou “ouvir vozes”. Na cultura ocidental atual esse fenômeno é tido como uma manifestação da loucura, um sintoma psiquiátrico que deve apenas ser tratado e/ou suprimido. Essa postura conduz esses sintomas a um lugar estigmatizado e carregado de preconceitos, podendo levar ao isolamento e vergonha dos sujeitos com esta experiência (Barros & Serpa Júnior, 2017). Muitas vezes, indivíduos com sintomas psicóticos tornam-se

objetificados e reduzidos ao sintoma, tendo sua história de vida colocada à parte com base em um discurso focado no tratamento (Leader, 2013). Portanto, no caso dos transtornos psicóticos, o foco na sintomatologia pode induzir a percepções reducionistas e equivocadas, bem como a comportamentos preconceituosos e de exclusão.

O sistema periférico distante foi formado pelas palavras “*descontrole; agressividade; cuidado; isolamento; psicologia; tristeza; tratamento*”. Esse sistema contém palavras que foram evocadas por último e com menores frequências, geralmente, apresenta grande diversidade, pois é majoritariamente composto por elementos que dizem respeito às individualidades dos sujeitos, o que demonstra o caráter dialético das representações, com elementos consensuais e individuais. (Abric, 2000). Ele é importante à representação, pois é o que possibilita modulações individuais e adaptações a novos contextos, protegendo e concretizando o núcleo central.

Desta forma, pode-se observar a presença de elementos mais voltados ao manejo da esquizofrenia (cuidado; psicologia; tratamento) e a outras características associadas ao transtorno (descontrole; agressividade; isolamento; tristeza). Essas evocações não trazem diferenças substanciais quanto aos outros quadrantes, o que demonstra que mesmo no sistema periférico distante a representação apresenta forte consenso.

A zona de contraste foi formada pelas evocações “*sofrimento; perturbação; surto*”. Este quadrante possui as palavras com baixa frequência e com rápida evocação, comportando elementos que podem apresentar variações da representação, mas que não são fortes o suficiente para modificá-la. Neste estudo, podemos observar a mesma coerência com os elementos dos outros três quadrantes.

Assim, observando a estrutura da representação, percebe-se que a esquizofrenia mantém uma representação negativa, focada nos sintomas e nos estereótipos de

agressividade, bem como uma vinculação à loucura e à dimensão afetiva do medo. Não se identificou elementos do modelo psicossocial ligado à reforma Psiquiátrica, nem evocações que remetesse a indicadores de mudanças ou à formação de uma nova representação.

Análise Temática de Bardin: Questões abertas

Os dados das questões abertas foram organizados em um corpus único com base nas falas dos respondentes sobre suas concepções acerca da esquizofrenia. Apurou-se a organização dos elementos e identificação das unidades em seus campos homogêneos, destacando a presença de 7 categorias e 19 subcategorias criadas *a posteriori* (nomes e frequências podem ser observadas na Tabela 1).

Tabela 1. Categorias e frequências resultantes da análise Temático-Categorial

Categorias	Subcategorias	f categorial	f total
Sintomas e Características	<i>Incapacidade</i>	25	115
	<i>Agressividade, Periculosidade e Descontrole</i>	48	
	<i>Anormalidade</i>	11	
	<i>Alucinações e Delírios</i>	31	
Doença	<i>Doença</i>	54	104
	<i>Doença Mental</i>	36	
	<i>Doença Incurável</i>	14	
Tratamento	<i>Tratamento</i>	38	62
	<i>Cuidado</i>	20	
	<i>Internação</i>	4	
Conhecimento sobre a Esquizofrenia	<i>Desinformação</i>	40	51
	<i>Banalização</i>	11	
Crenças Causais	<i>Crenças Diversas</i>	23	39
	<i>Crenças Religiosas</i>	16	
Transtorno Mental e Loucura	<i>Transtorno Mental</i>	43	80
	<i>Loucura</i>	37	
Exclusão e Preconceito	<i>Exclusão</i>	36	77
	<i>Preconceito</i>	27	
	<i>Medo</i>	14	
f total		528	

f = frequência de ocorrências

A seguir, cada categoria será descrita e exemplificada de acordo com a ordem de frequência total dos dois corpora (da maior para a menor).

Categoria Sintomas e Características

Esta foi a categoria com maior número de evocações e contém elementos com foco em sintomas psicopatológicos, como alucinações e delírios, mas também traz o que está no senso comum quanto à sintomatologia e às características da esquizofrenia ou de quem é diagnosticado com o transtorno. Nas subcategorias é possível observar uma grande variedade de sintomas e características, em sua grande maioria descrita de uma forma negativa ou estereotipada.

As subcategorias “incapacidade”; “agressividade, periculosidade e descontrole” e “anormalidade” trouxeram evocações ligadas às características estereotipadas das pessoas com esquizofrenia, como: “A sociedade pensa que é uma doença de pessoas fora de controle”; “Causando agressividade, alucinações e mudança brusca de comportamentos”; “a pessoa parece está boa, mas não está, parece ser normal, mas infelizmente não é”; “Pensam que toda pessoa diagnosticada com esquizofrenia é louco, sem controle emocional e que representa um perigo a sociedade”.

A subcategoria “alucinações e delírios” apresentou evocações sobre o que os respondentes consideraram os principais sintomas da esquizofrenia. Com frases como: “os sintomas principais são quase idênticos a de uma pessoa louca, como delírios e alucinações”; “É uma doença psicológica que causa alucinações e delírios”.

A literatura aponta que pessoas com transtornos mentais graves, como a esquizofrenia, são associadas a características como periculosidade, imprevisibilidade, incompetência, incapacidade e anormalidade (Arvaniti, *et al.*, 2009; Sousa, Marques, Curral & Queirós, 2012; Melo, 2017). Essa visão estereotipada promove não só a perpetuação de

práticas preconceituosas e discriminatórias, como dificulta que sujeitos diagnosticados busquem por tratamento e possam conviver satisfatoriamente na sociedade.

Desta forma, entende-se que a percepção social sobre um grupo ou objeto social é um processo cognitivo composto pelos estereótipos, costumes culturais e experiências individuais, carregadas ao longo do tempo por um reflexo da coesão grupal e relações humanas em um dado sistema social. A presença desse discurso que enxerga a esquizofrenia pelo viés da loucura, periculosidade e violência não é apenas produto de uma desinformação, mas também da replicação de hábitos e percepções passadas ao longo tempo para os sujeitos sobre o que é um transtorno mental e como se deve reagir a eles (Sandu, *et al.*, 2020).

Categoria “Doença”

Esta categoria traz evocações que versam sobre a visão da esquizofrenia tanto como doença quanto como doença mental. Na primeira subcategoria, os respondentes utilizaram com muita frequência a frase “a esquizofrenia é uma doença”, e logo após enumeravam sintomas ou características, sem localizar qual o tipo de doença referida.

Na subcategoria doença incurável, ainda sem especificidade quanto ao tipo de doença, houve a adição de um prognóstico negativo e determinante: “sem cura”. Foram trazidas frases como: “Uma pessoa que vivencia [...] uma doença incurável, que não consegue ser sociável e a qualquer momento pode ter um surto”; “Louco, que sofre de uma doença incurável, onde a pessoa se torna violenta, mal vista e aprisionada”. A subcategoria “doença mental” apresentava a esquizofrenia como uma doença específica do campo das patologias mentais, com frases como: “Doença mental que distorce a noção sobre a realidade”; “sabe-se, popularmente, que é uma doença mental”.

Nesta categoria é possível identificar o foco no adoecimento e na tipificação da esquizofrenia como uma doença mental incurável. A literatura tem apresentado a doença

mental como um termo estigmatizado vinculado a diversos estereótipos negativos (Maciel et al., 2008; Serafim *et al.*, 2017; Larkings & Brown, 2018; Sandu *et al.*, 2020). A subcategoria “doença incurável” adiciona à essa visão estigmatizada um elemento de irreversibilidade, restringe o transtorno à posição apenas de ser controlável sustentando uma visão de tratamento focada na remediação e contenção de sintomas. Segundo Melo (2017) isso pode ser atribuído á adesão a uma visão biomédica de saúde, com concepções mais mecanicistas centradas no adoecimento e em seu controle. O indivíduo acaba sendo rotulado e reduzido à sua categoria diagnóstica, tornando-se o incurável.

Categoria “Tratamento”

Esta categoria trás indicativos das formas que os respondentes identificaram como sendo maneiras de tratar, lidar ou cuidar da esquizofrenia. Na subcategoria “tratamento”, os respondentes apresentaram muitos elementos voltados à medicação e à ação médico-psiquiátrica, e em algumas poucas evocações a ação da psicologia ou de um tratamento comunitário e matricial.

Alguns exemplos são: “é muito importante ter um controle através de um tratamento para que a pessoa possa ter uma vida normal”; “É uma doença e tem que passar por tratamento, psiquiátrico, psicológico e tomar remédios”. A subcategoria cuidado trouxe elementos sobre formas de lidar com as pessoas esquizofrênicas, como: “uma pessoa que tem esquizofrenia precisa de mais atenção que um pessoa que se diz normal”; “É um ser com transtornos que precisa de ajuda e tratamento e muito amor e cuidado”. Indo por um caminho bem mais radical, a subcategoria “internação” trás elementos de uma visão ultrapassada e contraindicada para o tratamento dos transtornos mentais, com frases como: “A sociedade pensa que é uma doença de pessoas fora de controle, pessoas que tem que ser Internadas”; “precisa estar "internado" em uma instituição”.

Essa categoria trouxe diversos elementos vinculados ao modelo biomédico de saúde, centrado no uso de medicações e na ação médica, trazendo até mesmo indicativos de uma internação excludente. Essa concepção é preocupante pois, segundo Sousa, Maciel e Medeiros (2018, p. 885):

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

Infelizmente a consolidação do modelo psicossocial de saúde, proposto pela Reforma Psiquiátrica, ainda não foi absorvido pela sociedade e ainda reinam concepções construídas num histórico do modelo asilar marcado pelo preconceito, por estereótipos negativos e exclusão (Sousa, Maciel & Medeiros, 2018).

Categoria “Conhecimento sobre a Esquizofrenia”

Esta categoria versa sobre o a falta de informações sobre a esquizofrenia e sobre a banalização do transtorno, algumas vezes sendo visto como “frescura”. Exemplos são: “Infelizmente não tenho muito conhecimento sobre essa doença”; “A sociedade não sabe quase nada sobre a esquizofrenia”; “As pessoas estão banalizando dizendo ser frescura“.

Sabe-se que isso poderia ser evitado se a sociedade tivesse contato com informações responsáveis e de qualidade sobre questões de saúde pública e mental. Os próprios respondentes identificaram que muitos aspectos, como o preconceito, a exclusão e a banalização estão relacionados à desinformação. A OPAS/OMS (2001), no “Relatório sobre a saúde no mundo” destaca que é imprescindível uma abordagem contra o preconceito que atinja diversos níveis, como a educação da população em geral e de profissionais, bem como

programas públicos de educação e informação para desmentir mitos e promover comportamentos pró-sociais e inclusivos.

Entendemos que enquanto informações de qualidade, de base científica comprovada e de fácil acesso sobre os transtornos mentais não estiverem ao alcance da população geral, e não só dos profissionais de saúde, nossa luta contra o preconceito caminhará a passos mais lentos.

Categoria “Crenças Causais”

As crenças causais versam sobre as concepções que os sujeitos têm sobre as origens da esquizofrenia. Esta categoria tem duas divisões: as “crenças diversas”, que dizem respeito a várias causalidades levantadas pelos respondentes. A exemplo de crenças de cunho biológico, psicológico ou socioeconômico; explicações dentro de alguns grupos de crenças identificados no estudo de Maciel *et al.* (2015).

A subcategoria “crenças religiosas” diz respeito a causalidades de cunho religioso para a esquizofrenia, como por exemplo: “há casos que são entendidos como se fossem manifestações do diabo, isto é, as pessoas seriam acometidas por esse mal porque não oram, rezam”; “a esquizofrenia se trata de possessões demoníacas, que isto é falta de Deus”; “também pode ser uma possessão”.

Sabe-se que as crenças causais sobre as doenças mentais ainda apresentam muita heterogeneidade e contém marcas de representações antigas e socialmente negativas que foram construídas nos séculos passados. Maciel *et al.*, 2015, demonstram que as crenças influenciam nas atitudes frente aos transtornos mentais, e as crenças religiosas estão mais vinculadas a atitudes negativas. Desde a Idade Média, por exemplo, a visão demonizada das doenças mentais vincularam explicações causais voltadas a aspectos religiosos como a ação de demônios às origens da doença mental. A literatura indica que elementos de cunho

religiosos se apresentam sistematicamente nos estudos sobre preconceito frente aos transtornos mentais, destacando que as crenças voltadas à origem e causa da esquizofrenia apresentam ancoragens no sobrenatural como resultantes de um pecado ou comportamento imoral (Scior, 2013; Sandu, *et al.*, 2020).

Categoria “Transtorno Mental e Loucura”

Esta categoria está relacionada à concepção da esquizofrenia como um transtorno mental que está bem mais próximo da loucura do que outros, indicando que os sujeitos consideram que a sociedade enxerga fortemente a esquizofrenia como loucura, insanidade ou perda do juízo. Exemplos são: “Que é uma "loucura", ou seja uma pessoa louca”; “A sociedade sempre caracteriza como Loucura”; “a pessoa portadora de esquizofrenia é considerada louca, sem juízo”.

Embora algumas das novas nomenclaturas propostas pelas novas formas de cuidado em saúde mental, como o uso do termo “transtorno mental” para identificar as patologias psíquicas tenham sido evocadas pelos respondentes, foi possível observar que a mudança de nomenclatura não é o suficiente para desvincular dos transtornos mentais as visões negativas às quais foram ligadas durante séculos, principalmente no diz respeito a transtornos mentais graves como a esquizofrenia.

A relação da sociedade com os transtornos mentais sempre apresentou instabilidades e elementos negativos, porém os transtornos mais graves têm carregado maiores níveis de preconceito, e a depender dos sintomas mais característicos, alguns transtornos são fortemente vinculados à loucura.

Esta categoria pode ser analisada historicamente pelas mudanças terminológicas quanto à loucura; passando a ser chamada de psicose (séculos XIX e XX) com forte representação da esquizofrenia e vinculação à loucura. Essa dinâmica acabou por gerar no

senso comum associações entre a loucura e a esquizofrenia, fazendo com que elementos negativos associados a uma fossem também associados à outra (Maciel, 2008; Melo, 2017).

Categoria “Exclusão e Preconceito”

Diz respeito majoritariamente à relação da sociedade com as pessoas com esquizofrenia. Exemplos são: “A sociedade acaba se afastando dessas pessoas [...] e excluindo esses indivíduos”; “acaba por excluir essas pessoas que sofrem com essa doença, os obrigando a viver fora da sociedade, sendo marginalizados”; “precisa estar internado em uma instituição ou em um quarto isolado na casa da família”.

A exclusão de pessoas com transtornos mentais não é um evento recente; desde séculos atrás essas pessoas eram expulsas de casa, de suas cidades, presas ou até mesmo embarcadas em navios para lugares distantes (Jabert, 2001). A exclusão também estava no centro da abordagem hospitalocêntrica e manicomial até que os movimentos de reforma se levantassem no final do século XX (Aguiar, 2020), eventos que podem ser considerados recentes e que ainda tem marcas no processo de efetivação da reforma psiquiátrica no Brasil.

Um dos elementos centrais da reforma é dismantelar os mecanismos da exclusão social, propondo um cuidado integral e em comunidade, mantendo-se distante do modelo que focava na reclusão como um dos métodos de tratamento, tendo experiências exitosas em todo o território nacional.

Essa categoria chama a atenção para o que a literatura já tem apontado como limitações de efetivação do modelo psicossocial da reforma psiquiátrica, como obstáculos político-ideológicos e preconceito (Alves *et al.*, 2020; Fonseca & Neto, 2020; Aguiar, 2020). Esses dados demonstram e lembram que as pesquisas em ciências sociais não servem apenas ao aumento de artigos científicos na área, mas para que possamos acompanhar as mudanças e

permanências de elementos sociais envolvidos no preconceito, visando à sua mudança, permitindo ao conhecimento científico entender suas bases para, ao mesmo tempo, atacá-las.

Maciel et al. (2008) destacam que

observou-se que ainda existe uma atmosfera notadamente insatisfatória e visões estereotipadas de cunho negativo e sentimentos desfavoráveis em relação ao doente mental. Tais estereótipos encontram-se presentes, ainda hoje, com representações como sem-juízo, sem razão e agressivo; com atitudes de medo e exclusão (p. 123).

A exclusão excedeu os muros dos manicômios e permeia as representações sociais sobre transtornos mentais mais graves (Jodelet, 2005; Maciel, 2008). Jodelet, em um estudo sobre RS da loucura identificou elementos de discriminação e exclusão, uma estereótipos de imprevisibilidade, estranheza e periculosidade, bem como um comportamento de afastamento, demonstrando a força que as representações têm como moduladoras do comportamento do cotidiano. Muitos elementos contribuem para que essa atmosfera excludente seja criada, dentre eles o “preconceito”.

A subcategoria “preconceito” demonstra que os respondentes consideram a sociedade não só excludente como também preconceituosa, o que dificulta a convivência das pessoas com transtornos mentais na sociedade. O que se pode observar dentro da dinâmica do preconceito, é que há uma relação de poder histórica, que cria uma hierarquia entre os tidos como “normais” e os “anormais”, e no caso dos transtornos mentais, entre os “sãos” e os “loucos” (Melo, 2017), causando as mais diversas reações psicológicas, comportamentais e afetivas.

Os respondentes também indicaram que “Muitos tem medo de pessoas esquizofrênicas”; “Pensam que é uma ameaça à sociedade. As pessoas têm medo do esquizofrênico”. Assim, é possível observar também a marca de um componente afetivo que pode estar ligado diretamente ao preconceito. A sociedade sentir medo frente às pessoas com

esquizofrenia pode estar relacionado a diversos elementos como a percepção de ameaça, a periculosidade, a agressividade e outras representações que dão base a esse sentimento.

Desta forma, as análises da TALP e das questões abertas nos conduzem a algumas considerações sobre a representação social da esquizofrenia: ela continua com um aspecto fortemente negativo, tendo um foco na patologização e nos sintomas, vinculando o transtorno a estereótipos estigmatizados, como os de periculosidade e agressividade. A representação traz a força do componente afetivo “medo”, no núcleo central da representação, indicando que a visão negativa sobre esquizofrenia influencia nas emoções expressas frente às pessoas com esse transtorno. Foi possível identificar que o preconceito e exclusão foram apresentados como elementos importantes da relação entre a sociedade e as pessoas com esquizofrenia, demonstrando a força que as representações têm como moduladoras de ações e influenciadoras de comportamentos.

A presença de aspectos de cunho religioso nas explicações causais sobre a esquizofrenia indicam que a tendência da literatura de crenças religiosas estarem presentes em meio às crenças causais sobre a doença mental se repetiram neste estudo, o que levanta a necessidade de outras pesquisas que investiguem este aspecto e sua influência em variáveis como o preconceito. Frente a um resgate histórico o que podemos perceber é que, mesmo que com modulações que acompanhem as novas dinâmicas sociais, a representação social sobre a esquizofrenia ainda mantém elementos antigos que vêm da relação conturbada entre sociedade e pessoas com transtornos mentais séculos atrás. Isso nos preocupa em diversos níveis, mas também nos faz questionar sobre quais intervenções serão eficazes para causar mudanças nesse cenário. Como apresentamos anteriormente, os próprios respondentes indicaram que o acesso a informação é um dos caminhos mais eficaz, por isso também é

necessários que mais programas de psicoeducação sejam construídos e colocados em prática em nossa sociedade.

5. Considerações finais

Ainda que estejamos vivendo diversas alterações em nossa sociedade, a exemplos de mudanças políticas, sociais e econômicas, temos visto que o modelo psicossocial de atenção em saúde tem lutado contra uma maré de elementos negativos que têm dificultado sua efetivação. As representações sociais negativas têm um papel importantíssimo na manutenção desta dinâmica, à medida que criam saberes, orientam ações, auxiliam a construir identidades e servem como justificativas aos comportamentos de sujeitos e grupos.

O Brasil avançou muito nas últimas décadas quanto aos direitos e inclusão das pessoas com transtornos mentais, mas recentes ações de governos do país têm preocupado a academia pois servem a uma lógica excludente e patologizadora que buscamos desconstruir há muito tempo. Tais mudanças podem servir para que as pessoas expressem preconceitos de forma muito mais flagrante, como pudemos observar nas evocações sobre as concepções da sociedade sobre a esquizofrenia nos resultados deste estudo.

Os resultados nos indicaram que a representação social sobre a esquizofrenia ainda está fortemente pautada na patologização, nos estereótipos negativos, nas crenças equivocadas e no preconceito, representando um desafio a pesquisadores e líderes nacionais, no sentido de trabalharmos juntos para dismantelar essa lógica. Este estudo trouxe contribuições tanto ao campo das representações sociais como ao campo do preconceito, à medida que estudar as representações nos permite compreender como pensamos, falamos, agimos e como “representamos”. Os seres humanos não conseguem conhecer sem representar, e isso trás implicações simbólicas, sociais. A representação é um fenômeno individual e coletivo, estando sensível a qualquer fenômeno social, como o preconceito.

Este estudo pode nos conduzir a novas pesquisas futuras. Aqui deixamos as indicações para pesquisas em representações frente à esquizofrenia que possam comparar diferentes níveis de religiosidade e se há mudanças nas representações; cruzamentos de diferentes tipos de religião; ampliar o tamanho amostral buscando por mudanças ou continuidades nessas representações; realizar intervenções com programas de psicoeducação e depois analisar as representações na busca por alterações; e até mesmo realizar pesquisas de cunho mais quantitativo, buscando por elementos que possam ampliar nosso entendimento sobre o preconceito frente às pessoas com esquizofrenia.

Referências

- Abric, J. (2000). A abordagem estrutural das representações sociais. In: A. S. P. Moreira, & D. C. Oliveira (Org.), *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*. (2 ed.). (pp.27-38). Goiânia: AB.
- Alves, D. F. A., Simões, O. C. L., & Mendes, A. (2020). Reforma Psiquiátrica e a Dependência Brasileira: entre o arcaico e o moderno. *Revista Katálisis*, 23(1), 165-179. <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n1p165>
- Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C., & Livaditis, M. (2009). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(8), 658-665.
- Azevedo, E. C. (2012). *O louco mundo da ficção: um estudo sobre a representação social da esquizofrenia na telenovela*. Dissertação de Mestrado em Comunicação. Faculdade de Comunicação Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Bardin, L. (2004). Análise de conteúdo. 3ª. Lisboa: Edições, 70, 223.
- Barros, O. C., & Serpa Jr, O. D. de. (2017). Ouvir vozes: um estudo netnográfico de ambientes virtuais para ajuda mútua. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 867–888. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400002>
- Fonseca, R. P. O., Martins, D. S., Vieira, J. C. C., de Sousa Lima, M., de Figueiredo, S. H. G., Portella, N. M., & Castro, M. S. R. (2020). Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia. *Health Residencies Journal-HRJ*, 1(1), 48-64.

- Fonseca, T., & Neto, F. K. (2020). Ressonâncias político-clínicas do ideal de inclusão nos centros de atenção psicossocial. *Psicologia em Estudo*, 25, e44893.
<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.44893>
- Foster, J. L. (2001). Unification and differentiation: a study of the social representations of mental illness. *Papers on Social Representations*, 10, 3.1-3.18. <http://psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/article/download/272/237>
- 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. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 39(3), 80-84.
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000300002>
- Humberto, P., Campos, F., & Rouquette, M.-L. (2003). *Abordagem Estrutural e Componente Afetivo das Representações Sociais*. 16(3), 435-445.
<https://www.scielo.br/pdf/prc/v16n3/v16n3a03.pdf>
- Jabert, A. (2001). *Da nau dos loucos ao trem de doido: as formas de administração da loucura na primeira república: o caso do estado do Espírito Santo*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In: D. Jodelet. (Org.), *As representações sociais*. (pp. 17-44). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Jodelet, D. (2005). *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Larkings, J. S., & Brown, P. M. (2017). Do biogenetic causal beliefs reduce mental illness stigma in people with mental illness and in mental health professionals? A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 928-941.
<https://doi.org/10.1111/inm.12390>

- Leader, D. (2013). *O que é loucura?: Delírio e sanidade na vida cotidiana*. Editora Schwarcz-Companhia das Letras.
- Maciel, S. C., Maciel, C. M. C., Barros, D. R., da Nova Sá, R. C., & 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., Souza, L. E. C. D., Lima, T. J. S. D., Sousa, P. F. D., & Pereira, C. R. (2020). Elaboração e evidências preliminares de validade da Escala de Percepção de Ameaça frente ao Doente Mental. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37. Maciel et al., 2020
- Maoski, A. C., & Fernandes, J. C. (2017, setembro). A Representação da Esquizofrenia em Caminho das Índias (2009) – Influências e Desdobramentos da Luta Antimanicomial no Brasil. En *Intercom - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação*. Trabalho apresentado no 40º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, Fortaleza, Brasil.
- <https://portalintercom.org.br/anais/nacional2017/resumos/R12-0171-1.pdf>
- Melo, J. R. F. (2017). *Preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia: explicações com base em crenças causais e estereótipos*. Tese de Doutorado em Psicologia Social. Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB.
- Morant, N. (2006). Social representations and professional knowledge: The representation of mental illness among mental health practitioners. *British journal of social psychology*, 45(4), 817-838.
- Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes.
- Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo*. São Paulo: Gráfica Brasil.

- Sandu, M. L., Rus, M., Tanase, T., & Zine, D. (2020). Social perception on mental illness. *Technium Social Sciences Journal*, 9(1), 683-697.
<https://ideas.repec.org/a/tec/journal/v9y2020i1p683-697.html>
- Scior, K. (2013). *Knowledge, inclusion attitudes, stigma and beliefs regarding intellectual disability and schizophrenia among the UK public: The role of ethnicity, religion and contact* (Doctoral dissertation, UCL (University College London)).
- Serafim, R. C. N. S., Bú, E. A., Maciel, S. C., Santiago, T. R. S., & Alexandre, M. E. S. (2017). Representações sociais da reforma psiquiátrica e doença mental em universitários brasileiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(1), 221-233.
<https://dx.doi.org/10.15309/17psd180118>
- Sousa, P. F., Maciel, S. C., & Medeiros, K. T. (2018). Paradigma Biomédico X Psicossocial: Onde são Ancoradas as Representações Sociais Acerca do Sofrimento Psíquico?. *Trends in Psychology*, 26(2), 883-895. <https://doi.org/10.9788/tp2018.2-13pt>
- Sousa, S. D., Marques, A., Rosário, C., & 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.
- Vieira, G. L. S., Menezes, L. S. C., Sousa, P. F., & Maciel, S. C. (2018). Concepções de usuários de um CAPS sobre o tratamento e inclusão. *Psicologia & Sociedade*, 30, e187474. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30187474>

**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE EXPRESSÃO EMOCIONAL PARA
O CONTEXTO DA ESQUIZOFRENIA**

ADAPTATION AND VALIDATION OF THE EMOTIONAL EXPRESSION SCALE FOR
THE SCHIZOPHRENE CONTEXT

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE EXPRESIÓN EMOCIONAL
PARA EL CONTEXTO ESQUIZOFRENO

Resumo

A literatura científica ainda não tem investigado, em termos de escalas psicométricas, quais emoções são expressas frente a pessoas com esquizofrenia em amostras brasileiras, e isso se configura como uma lacuna importante a ser preenchida, pois medidas assim ajudam a melhorar a qualidade das pesquisas sobre preconceito e aumentam sua sensibilidade às formas que ele pode se expressar. Portanto o objetivo deste estudo é adaptar e validar a Escala de Expressão Emocional para o contexto da esquizofrenia, verificando sua adequação semântica e empírica, e a sua consistência interna em um estudo exploratório e um estudo confirmatório. A escala resultante apresenta dois fatores correlacionados (F1: emoções negativas de distanciamento – eigenvalue 4,55; variância explicada 56,98%; $\alpha = 0,89$ / F2: emoções negativas de desconfiança - eigenvalue 1,25; variância explicada 15,69%; $\alpha = 0,82$), oito itens com saturações e índices psicométricos satisfatórios. Os resultados dos estudos confirmam o que já tem sido apresentado na literatura, a esquizofrenia é um dos transtornos que sofrem maiores níveis de preconceito e, desta forma, como o preconceito possui as dimensões cognitiva, afetiva e comportamental, não é de surpreender que emoções negativas frente à esquizofrenia sejam expressas. A Escala de Expressão Emocional, como uma escala que avalia uma das dimensões da atitude preconceituosa, tem vasta aplicação, pode ser utilizada em estudos correlacionais, experimentais e vir a fornecer mais elementos sobre a mensuração do preconceito em diferentes amostras e contextos.

Palavras-chave: Escala psicométrica; expressão emocional; esquizofrenia.

Abstract

The scientific literature has not yet investigated, in terms of psychometric scales, which emotions are expressed in relation to people with schizophrenia in Brazilian samples, and this is configured as an important gap to be filled, as measures like this help to improve the quality of research on prejudice and increase his sensitivity to the ways he can express himself. Therefore, the objective of this study is to adapt and validate the Emotional Expression Scale for the context of schizophrenia, verifying its semantic and empirical adequacy, and its internal consistency in an exploratory study and a confirmatory study. The resulting scale has two correlated factors (F1: negative emotions of distance - eigenvalue 4.55; explained variance 56.98%; $\alpha = 0.89$ / F2: negative emotions of distrust - eigenvalue 1.25; explained variance 15.69 %; $\alpha = 0.82$), eight items with satisfactory saturations and psychometric indices. The results of the studies confirm what has already been presented in the literature, schizophrenia is one of the disorders that suffer the highest levels of prejudice and, therefore, as prejudice has the cognitive, affective and behavioral dimensions, it is not surprising that negative emotions schizophrenia are expressed. The Emotional Expression Scale, as a scale that evaluates one of the dimensions of the prejudiced attitude, has wide application, can be used in correlational and experimental studies and will provide more elements on the measurement of prejudice in different samples and contexts.

Keywords: Psychometric scale; emotional expression; schizophrenia.

Resumen

La literatura científica aún no ha investigado, en términos de escalas psicométricas, qué emociones se expresan en relación a las personas con esquizofrenia en muestras brasileñas, y esto se configura como un vacío importante a llenar, ya que medidas como esta ayudan a mejorar la calidad de la enfermedad. investigar sobre los prejuicios y aumentar su sensibilidad a las formas en que puede expresarse. Por tanto, el objetivo de este estudio es adaptar y validar la Escala de Expresión Emocional para el contexto de la esquizofrenia, verificando su adecuación semántica y empírica, y su consistencia interna en un estudio exploratorio y un estudio confirmatorio. La escala resultante tiene dos factores correlacionados (F1: emociones negativas de distancia - valor eigen 4,55; varianza explicada 56,98%; $\alpha = 0,89$ / F2: emociones negativas de desconfianza - valor eigen 1,25; varianza explicada 15,69%; $\alpha = 0,82$), ocho ítems con Saturaciones e índices psicométricos satisfactorios. Los resultados de los estudios confirman lo ya presentado en la literatura, la esquizofrenia es uno de los trastornos que sufren mayores niveles de prejuicio y, por tanto, como el prejuicio tiene las dimensiones cognitiva, afectiva y conductual, no es de extrañar que las emociones negativas se expresan esquizofrenia. La Escala de Expresión Emocional, como escala que evalúa una de las dimensiones de la actitud prejuiciosa, tiene amplia aplicación, puede ser utilizada en estudios correlacionales y experimentales y proporcionará más elementos sobre la medición del prejuicio en diferentes muestras y contextos.

Palabras llave: Escala psicométrica; expresión emocional; esquizofrenia.

1. Introdução

No período pós 2ª Guerra Mundial o contexto social experimentou diversas mudanças, principalmente no que diz respeito à promoção e garantia de direitos humanos, num processo de enfrentamento aos danos causados pela guerra e pelo holocausto (Silveira & Braga, 2005; Fonseca & Neto, 2020). No âmbito da saúde mental, observou-se a mesma preocupação e o modelo de tratamento dos transtornos mentais vigente sofreu duras críticas (Amarante, 2007; Aguiar, 2020), processo que culminou, ainda no século XX, em diversos movimentos que buscavam a mudança nas condutas em saúde mental e tratamento, por exemplo, a Antipsiquiatria, a Luta Antimanicomial, a Psiquiatria Preventiva, a Psiquiatria Democrática Italiana e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. O objetivo em comum residia no desmonte do preconceito sócio-institucional propondo novas formas de terapêutica e uma abordagem psicossocial na relação com as pessoas com transtornos mentais (Amarante, 2003; Amarante, 2008; Alves et al., 2020).

Mesmo assim, o que a literatura científica apresenta é que as pessoas com transtornos mentais não só ainda sofrem com o preconceito, mas que a depender do transtorno esses níveis são mais elevados. Pesquisas indicam que a esquizofrenia é um desses transtornos marcado por um preconceito mais elevado; as pessoas com esse diagnóstico muitas vezes são tidas como ameaçadoras, descontroladas, agressivas e perigosas, sendo o próprio diagnóstico de esquizofrenia muitas vezes usado como sinônimo da loucura (Corrigan, Edwards, Qreen, Thwart & Perm, 2001; Read et al., 2006; Sartorius, 2007; Laureano et al., 2019; Suárez-Vergne et al., 2019; Santos et al., 2019).

Ainda que tenhamos experimentado, como humanidade, grandes mudanças e progressos em diversos cenários da vida em sociedade, diversas linhas de pesquisa vêm demonstrando que o preconceito é um problema sistemático e atual frente às mais diversas

temáticas (Carmo & Cunha, 2017; Almeida, 2019; Aparecido & Silva, 2020; Paim & Kovaleski, 2020).

O preconceito é uma atitude negativa frente a algo ou alguém simplesmente pelo fato de pertencimento a um grupo desvalorizado socialmente, baseada numa crença equivocada e generalizada de que o objeto alvo do preconceito possui as características negativas dadas ao seu grupo (Allport, 1954; 1962). O construto também se refere a uma dinâmica de relações intergrupais e de poder, onde indivíduos de um grupo expressam, de várias maneiras e intensidade, percepções negativas, juízos de valor e julgamentos desfavoráveis frente a indivíduos de outros grupos, identificando-os como uma categoria inferior (Lacerda, pereira e Caminho, 2002; Rios, 2007). Ou seja, o preconceito é tanto individual quanto social, à medida que tem modulações pessoais, mas tem sua gênese e manutenção na vida em sociedade.

No histórico das relações intergrupais entre os grupos tidos como “normais” e os “anormais” a questão dos transtornos mentais é colocada entre os “anormais”, “os loucos” e os “desequilibrados”, criando um ambiente hostil onde a presença ou ausência de transtornos mentais que define o bom e o ruim (Melo, 2017). O preconceito frente aos transtornos mentais têm se apresentado como uma questão atual preocupante ainda permeada por estereótipos, emoções negativas e crenças equivocadas (Maciel et al., 2008; Maciel, Pereira, Lima & Souza, 2015). Quanto à esquizofrenia, observa-se a permanência dos estereótipos de periculosidade e imprevisibilidade aliados a níveis mais elevados de preconceito (Read et al., 2006; Sartorius, 2007; Guarniero; Bellinghini & Gattaz, 2012; Baba, et al. 2017; Melo, 2017; Bowman & West, 2019; Utza et al., 2019; Laureano et al., 2019; Suárez-Vergne et al., 2019; Santos et al., 2019).

O preconceito pode se expressar cognitivamente, afetivamente e/ou comportamentalmente e é importante que as pesquisas em Psicologia Social estejam atentas às suas formas de expressão e também desenvolvam estratégias para identificar e mensurar esses elementos. Diversas pesquisas já têm demonstrado a importância das dimensões afetivas no estudo do preconceito, como o artigo clássico de Dijker (1987). O autor investigou o papel das emoções nas relações intergrupais entre sujeitos nativos holandeses e imigrantes surinameses, turcos e marroquinos na Holanda. Quatro grupos de emoções foram identificados frente à atitude étnica: humor positivo, ansiedade, irritação e preocupação; essas categorias afetivas demonstraram influência nos níveis de proximidade e formas de contato entre os grupos, por exemplo, frente aos imigrantes surinameses o aumento de humor positivo e diminuição da ansiedade, irritação e preocupação estavam associados a formas de contato mais pessoais, já para os turcos e marroquinos o autor aponta que somente aspectos negativos do contato foram identificados.

Trabalhos mais recentes como os de Lacerda, Pereira e Camino (2002), Pereira, Monteiro e Camino (2009) e Pereira, Alfaia, Souza e Lima (2014), todos apresentam a expressão emocional como um indicador importante do preconceito que pode ser utilizado em pesquisas quantitativas e ser relacionado com outras variáveis, demonstrando que os níveis de preconceito podem ser influenciados pelo tipo de expressão emocional: negativa ou positiva.

A literatura científica ainda não tem investigado, em termos de escalas psicométricas, quais emoções são expressas frente a pessoas com esquizofrenia em amostras brasileiras, e isso se configura como uma lacuna importante a ser preenchida, pois medidas assim ajudam a melhorar a qualidade das pesquisas sobre preconceito e aumentam sua sensibilidade às formas que ele pode se expressar. Portanto o objetivo deste estudo é adaptar e validar a Escala de Expressão Emocional (Dijker, 1987) para o contexto da esquizofrenia, verificando

sua adequação semântica e empírica, e a sua consistência interna em um estudo exploratório e um estudo confirmatório. Esse instrumento auxiliará a identificar os tipos de emoções experimentadas por sujeitos quando confrontados (imaginariamente) com pessoas com esquizofrenia. A identificação dessas emoções pode fornecer elementos que, em estudos futuros, ajudem a encontrar padrões atitudinais e servir como uma forma de mensuração do preconceito. A seguir apresentaremos os estudos realizados neste artigo, um estudo exploratório e um estudo confirmatório.

2. Estudo 1 (Análise Fatorial Exploratória)

O Estudo 1 teve como objetivo a seleção, tradução e adaptação dos itens que comporiam a escala, bem como realizar a Análise Fatorial Exploratória do instrumento.

Participantes

Participaram 200 pessoas provenientes da população geral, compondo uma amostra não probabilística e por conveniência. A maioria reside no Estado da Paraíba (63,5%) e com idades entre 18 a 67 anos ($M= 29,20$; Mediana = 25; $DP= 11,66$). Também são de maioria do sexo feminino (71%), solteiros(as) (67,5%), mas também com (24%) de casados(as), com formação predominante a nível de graduação (61%) e pós-graduação (24%). Por fim, a grande maioria dos respondentes declarou não conviver com alguém com o diagnóstico de esquizofrenia (83,5%).

Instrumentos

Foram utilizados o questionário sócio-demográfico e a Escala de Expressão Emocional, baseada no estudo de Dijker (1987), com versões já validadas para Portugal e Brasil no contexto do preconceito frente à homossexualidade (Lacerda, Pereira & Camino,

2002; Pereira, Monteiro & Camino, 2009; Pereira, Alfaia, Souza & Lima, 2014), porém sem versões ou validação brasileira no que diz respeito ao contexto da esquizofrenia.

A escala original desenvolvida por Dijker (1978) continha 24 itens que diziam respeito a variáveis emocionais (*happiness, curiosity, admiration, sympathy, beauty, liking, attractiveness, annoyance, aversion, oddity, anger, fear, uncertainty, distrust, contempt, ugliness, antipathy, to worry, mental unfriendliness toward object*) e tendências a ação (*impulse to seek contact, wish that object would move, impulse to physical aggression, impulse to verbal aggression, impulse to keep distance*). Como o autor investigou a expressão emocional frente a dois objetos sociais: imigrantes surinameses (grupo 1) e imigrantes turcos e marroquinos (grupo 2), os itens agruparam-se em 4 fatores com diferentes saturações. Porém, o autor demonstra quais os pontos de semelhança na estrutura.

Dijker (1987) aponta que é visível uma estrutura com 4 fatores, apesar de algumas diferenças entre os grupos. O fator *positive mood* (humor positivo) concentra emoções positivas e a tendência para buscar contato; o fator *irritation* (irritação) é associado à hostilidade e à agressão, o fator *anxiety* (ansiedade) é associado a emoções como medo e incerteza; e o fator *concern* (preocupação) é associado ao desprezo. Com base nas emoções negativas e nos três fatores nos quais foram agrupadas, selecionamos oito dos itens originais que pudessem ser mais relevantes para a investigação no contexto da esquizofrenia: *annoyance, aversion, anger, fear, uncertainty, distrust, contempt, antipathy*.

Procedimentos

A primeira etapa consistiu em apresentar o projeto ao Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) para emissão do parecer favorável (CAAE de nº 12942419.9.0000.5188). Os participantes foram informados do caráter voluntário da pesquisa, de cunho acadêmico sem fins financeiros. Os sujeitos que aceitaram participar do

estudo concordaram com o Termo Livre e Esclarecido (TCLE) segundo a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os dados foram coletados de maneira on-line por meio da plataforma Google Forms garantindo o anonimato, tendo sido divulgado por mídias sociais e meios de comunicação eletrônicos.

Em seguida, seguiu-se o processo de tradução e adaptação da escala. A escala original é do tipo likert de 7 pontos, variando de nunca (1) a sempre (7) e essa característica foi mantida. Inicialmente os itens selecionados foram traduzidos para o português brasileiro por meio de juízes independentes e bilíngues (uma estudante de psicologia, dois bacharéis em psicologia e um professor de língua inglesa).

Depois do resultado da tradução, realizou-se a identificação dos itens traduzidos com maiores níveis de concordância entre os juízes e dos itens que apresentaram divergências nas traduções; estes foram reapresentados aos juízes e solicitou-se que escolhessem a tradução que mais se adequava ao contexto brasileiro e à temática do estudo. Solicitou-se aos juízes que realizassem a retrotradução da escala e que verificassem se havia algum item com discrepância que pudesse comprometer a qualidade da tradução. Após verificar que a tradução estava adequada, elaborou-se a versão definitiva para a coleta e análise de dados.

Análise de dados

Para tabulação e análise dos dados, utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (versão 21), adotando critério de Kaiser e de Cattell para a formação de fatores, considerando uma saturação mínima de 0,40 para a permanência em um fator, a análise Paralela de Horn para confirmação do número de fatores a serem considerados, análises descritivas, de frequência, inferenciais e análises de confiabilidade.

Resultados

A matriz de correlações entre os itens da escala demonstrou que todos os itens apresentam boas interações com correlações significativas no nível $p < 0,01$, valores adequados que demonstram a existência de fatores que expliquem essa matriz. Desta forma, proceder com a AFE é um passo seguro.

Para confirmar a possibilidade de fatoração da matriz de correlações entre os itens da escala, utilizamos os índices dos testes de KMO (0,82) e Esfericidade de Bartlett $X^2 (100) = 1087,311$; $p < 0,001$), que se mostraram adequados. Em seguida buscou-se analisar a estrutura fatorial e a fidedignidade da escala. Na escala original os oito itens escolhidos para este estudo apresentaram variabilidade de saturações entre três fatores (tabela 1), o que nos conduziu a uma análise exploratória sem fixação de fatores para verificar qual estrutura melhor se adequa à versão proposta neste estudo.

A análise fatorial exploratória foi feita com o método dos eixos principais sem fixação de rotação ou de extração fatorial, identificando dois fatores com *valores próprios* acima de 1 (Critério de Kaiser), explicando 72,67% da variância. Os fatores obtiveram os seguintes *eigenvalues*: fator 1 (4,55) e fator 2 (1,25). Para verificar se a estrutura bifatorial é a mais adequada, realizou-se uma análise paralela (AP) baseada nos critérios de Horn (1965). Na tabela 1 é possível comparar os *eigenvalues* dos fatores na AFE com uso do SPSS e na AP de Horn.

Tabela 1. *Eigenvalues* comparados entre a AFE e a AP

Eigenvalues (AFE - SPSS)	Eigenvalues (AP - Horn)
Fator 1 - 4,579	Fator 1 – 1,264
Fator 2 - 1,256	Fator 2 – 1,172
Fator 3 – 0,826	Fator 3 – 1,086

Embora o estudo de Djiker (1987) indique que as emoções possam saturar em três diferentes fatores, neste estudo verificamos que a estrutura bifatorial pode ser a mais adequada. Segundo Horn (1965), o número de fatores a serem retidos deve ser com base naqueles fatores do banco de dados do pesquisados que apresentem valores próprios maiores aos simulados na AP. Desta forma, observa-se a existência de dois fatores com valores próprios maiores aos simulados, o que nos direcionou a uma nova análise fatorial também com o método dos eixos principais com rotação *varimax*, assim como feito no estudo original, mas tendo extração fixada de dois fatores e ponte de corte de saturação de 0,40.

Na tabela 2 é possível observar que todos os oito itens apresentaram saturações satisfatórias em seus respectivos fatores. A análise de confiabilidade (Alfa de Cronbach) também se mostrou satisfatória (tabela 3) e todos esses elementos indicam que a estrutura fatorial da escala tem boas propriedades psicométricas para mensurar a expressão de emoções negativas frente à esquizofrenia. Os fatores foram nomeados de acordo com os nomes indicados por Djiker (1987) para os dois principais fatores das emoções negativas. Esses dados nos conduziram ao estudo 2 e à análise fatorial confirmatória.

Tabela 2. Índices da análise fatorial e teste de fidedignidade da Escala de Expressão Emocional

<i>Itens</i>	<i>Emoções Negativas de Distanciamento</i>	<i>Emoções Negativas de Desconfiança</i>	<i>h²</i>
Desprezo	0,90		0,84
Antipatia	0,87		0,80

Raiva	0,78		0,66
Aversão	0,74		0,68
Aborrecimento	0,71		0,59
Medo		0,87	0,79
Desconfiança		0,86	0,85
Incerteza		0,73	0,58
Eigenvalue	4,55	1,25	
Variância explicada	56,98%	15,69%	
Alfa de Cronbach (fidedignidade)	0,89	0,82	

3. Estudo 2 (Análise Fatorial Confirmatória)

O estudo 2 teve como objetivo a Análise Fatorial Confirmatória da escala utilizada no estudo 1 bem como da estrutura fatorial encontrada.

Participantes

Participaram 200 pessoas, provenientes da população geral, com amostragem não probabilística e por conveniência. Os participantes, em sua maioria, são residentes no estado da Paraíba (80%) e possuem idades entre 18 e 81anos (Mediana = 24; $M= 27,81$; $DP= 11,68$). Também são de maioria do sexo feminino (69,3%), solteira (72,5%) e com escolaridade predominante de curso superior (36,5%) e pós-graduação (32%).

Instrumentos

Foi utilizada a Escala de Expressão Emocional composta pelos 8 itens já explorados no Estudo 1, cujos itens se apresentavam numa escala Likert de 7 pontos, variando de 1 (nunca) para 7 (sempre). Além de um questionário sociodemográfico (estado, idade, sexo, estado civil e escolaridade).

Procedimentos

Foram utilizados os mesmos procedimentos do Estudo 1, os dados foram coletados de maneira on-line por meio da plataforma *Google Formse* os respondentes foram alcançados por redes sociais e de comunicação eletrônica (*e-mail, whatsapp, instagram*), respeitando os preceitos éticos da Resolução do CNS 466/12 e com aprovação do comitê de ética da UFPB sob o mesmo processo do estudo 1.

Análise de dados

Para garantir evidências de validade de construto da versão adaptada da medida, a análise fatorial confirmatória foi realizada com o software M-Plus versão 8.0 (Muthén & Muthén, 2017) utilizando o estimador WLSMV (*Diagonally Weighted Least Squares*); tal estimador é o mais indicado para dados ordinais, como no caso da escala utilizada, pois é mais preciso quando comparado a outros métodos (Li, 2016). Para verificar o *fit* do modelo utilizamos os seguintes índices: o valor da razão entre qui-quadrado/graus de liberdade menor que 5 ($\chi^2/gl < 5$); o CFI (*Comparative Fit Index*) e o TLI (*Tucker-Lewis Index*) maiores que 0,95 (Bentler, 1990; Tucker & Lewis, 1973); bem como o RMSEA (*Root Mean Square Error Of Approximation*), menor ou igual a 0,08 (Hu & Bentler, 1999).

Resultados

Tendo em vista os dados do estudo 1, a AFC buscou analisar o *fit* do modelo da estrutura bifatorial correlacionada também correlacionando erros (erros 4 e 5; 7 e 8). Os

resultados indicaram que o modelo proposto se mostrou estatisticamente satisfatório, como pode ser observado na tabela 4.

Índices	$\chi^2/(gl) < 5$	CFI < .95	TLI < .95	RMSEA ($\leq 0,08$)
Valores	39.371/17 2.31	0.99	0.98	0,25 (0,232-0,285)

Os dois fatores da escala foram denominados de acordo com a sua proximidade semântica e agrupamento: Fator 1, denominado de “Emoções Negativas de Distanciamento” e fator 2, chamado de “Emoções Negativas de Desconfiança”. Os itens com erros correlacionados foram tratados dessa forma por sua proximidade semântica e a tendência dos sujeitos provavelmente responderem os itens com erros correlacionados de forma similares.

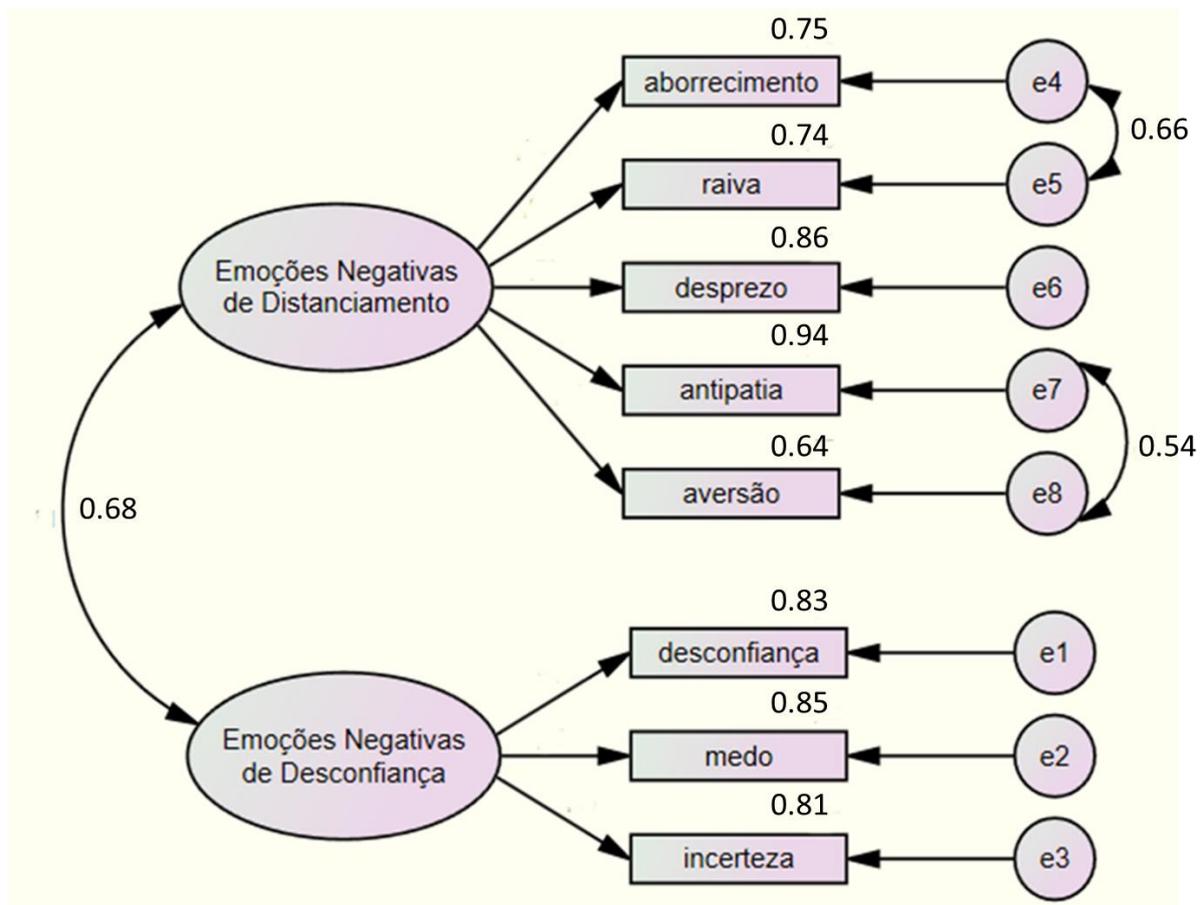


Figura 2. Modelo mais adequado para a solução fatorial da escala obtido a partir da AFC pelo M-Plus.

4. Discussão

Os estudos realizados demonstram evidências satisfatórias o suficiente dos índices de validade fatorial e consistência interna para considerar que a Escala de Expressão Emocional é um instrumento com boas propriedades psicométricas (Bentler, 1990; Tucker & Lewis, 1973; Hu & Bentler, 1999; Li, 2016; Muthén & Muthén, 2017) e que pode auxiliar a pesquisa psicológica na área do preconceito frente à esquizofrenia a se desenvolver ainda mais. O processo de adaptação e validação desta escala não só buscou a qualidade psicométrica mas também preencher uma lacuna quanto à investigação científica do preconceito frente à esquizofrenia.

Os dados nos forneceram material o suficiente para propor uma versão da Escala de Expressão Emocional com dois fatores correlacionados e excelentes índices psicométricos. Em comparação com o estudo original (Djiker, 1987), a estrutura trifatorial na qual as emoções negativas podiam saturar apresenta diferenças quando o grupo social alvo é modificado, por isso não é de causar surpresa que no contexto da esquizofrenia tenhamos encontrado uma solução bifatorial, um resultado que também pode ser explicado pela quantidade e pelos itens selecionados para compor a versão da escala.

Os resultados dos estudos confirmam o que já tem sido apresentado na literatura, a esquizofrenia é um dos transtornos que sofrem maiores níveis de preconceito (Read et al., 2006; Sartorius, 2007; Guarniero; Bellinghini & Gattaz, 2012; Baba, et al. 2017; Melo, 2017; Bowman & West, 2019; Utza et al., 2019; Laureano et al., 2019; Suárez-Vergne et al., 2019; Santos et al., 2019) e, desta forma, como o preconceito possui as dimensões cognitiva, afetiva e comportamental, não é de surpreender que emoções negativas frente à esquizofrenia sejam

expressas. Os itens que compõem a escala também apontam expressões emocionais que estão congruentes com o que a literatura tem apresentado como uns dos principais estereótipos frente à esquizofrenia: periculosidade e imprevisibilidade (Melo, 2017). Os estudos aqui realizados não tiveram como objetivo mensurar os estereótipos, mas as reações emocionais encontradas dão indícios de que sejam respostas a representações congruentes com a percepção de que as pessoas com esquizofrenia são imprevisíveis e perigosas.

A Escala de Expressão Emocional, como uma escala que avalia uma das dimensões da atitude preconceituosa, tem vasta aplicação, pode ser utilizada em estudos correlacionais, experimentais e vir a fornecer mais elementos sobre a mensuração do preconceito em diferentes amostras e contextos. As amostras utilizadas nestes estudos podem não ser representativas da população brasileira por ter sido utilizada a técnica de amostragem por conveniência, o que ressalta a necessidade de replicação deste estudo com amostras de diversos contextos e utilizando outras técnicas de amostragem. Estudos futuros podem utilizar a Escala de Expressão Emocional associada a outras escalas psicométricas para avaliar as dimensões do preconceito associadas a outras variáveis psicológicas ou sociodemográficas, o que pode ser de grande valia para o entendimento da complexa relação das variáveis envolvidas na atitude preconceituosa.

Referências

- Aguiar, L. J. P. (2020). *Por uma sociedade sem manicômios: (im)possibilidades da reforma psiquiátrica no capitalismo brasileiro*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.
- Allport, G. (1962). *La Naturaleza del Prejuicio*, Buenos Aires. *Eudeba Editorial*.
- Allport, G. W. (1954). *The Nature of Prejudice*. New York: Addison.
- Almeida, S. (2019). *Racismo estrutural*. Pólen Produção Editorial LTDA.
- Alves, D. F. A., Simões, O. C. L., & Mendes, A. (2020). Reforma Psiquiátrica e a Dependência Brasileira: entre o arcaico e o moderno. *Revista Katálysis*, 23(1), 165-179. <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n1p165>
- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In P., Amarante, P. (Org.), *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. (pp. 45-66). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Amarante, P. (2008). *Saúde mental. Formação e Crítica*. Rio de Janeiro: Laps-FIOCRUZ.
- Aparecido, G. A., & Silva, D. A. da. (2020). Pessoas com esquizofrenia: percepção acerca da discriminação e do estigma. *Research, Society and Development*, 9(3), e78932444. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2444>
- Baba, Y., Nemoto, T., Tsujino, N., Yamaguchi, T., Katagiri, N., & Mizuno, M. (2021). Stigma toward psychosis and its formulation process: prejudice and discrimination against early stages of schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 73, 181-186. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.11.005. Epub 2016 Nov 17. PMID: 28040575

- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238–246. doi: 10.1037/0033-2909.107.2.238.
- Bowman, J. W. P., & West, K. (2019). Prime and prejudice: Brief stereotypical media representations can increase prejudicial attitudes and behaviour towards people with schizophrenia. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 29(3), 167-177. <https://doi.org/10.1002/casp.2392>
- Carmo, J. A. do, & Cunha, A. G. (2017). AS EXPERIÊNCIAS DE VIDA E OS DESAFIOS DE HOMOSSEXUAIS BRASILEIROS: Uma revisão sistemática. *Psicologia e Saúde Em Debate*, 3(1), 141–157. <https://doi.org/10.22289/2446-922x.v3n1a10>
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 27(2), 219-225.
- Dijker, A. J. (1987). Emotional reactions to ethnic minorities. *European Journal of Social Psychology*, 17(3), 305-325.
- Fonseca, R. P. O., Martins, D. S., Vieira, J. C. C., de Sousa Lima, M., de Figueiredo, S. H. G., Portella, N. M., & Castro, M. S. R. (2020). Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia. *Health Residencies Journal-HRJ*, 1(1), 48-64.
- Foster, 2001
- 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. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 39(3), 80-84. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000300002>
- Horn, J. L. (1965), “A Rationale and Test For the Number of Factors in Factor Analysis,” *Psychometrika*, 30, 179-85.

- Hu, L.-T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. doi: 10.1080/10705519909540118.
- Lacerda, M., Pereira, C., & Camino, L. Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15(1) 165-178. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100018>.
- Laureano, P. G, Jiménez, C. M. A., Rivera, G. C. A., & Jesús, I. M. S. (2019). Estigma asociado a la esquizofrenia com estudantes de Ingeniería en Sistemas en dos universidades privadas de Santo Domingo. *Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 65(2), 49-60. <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/2627>
- Li, C.-H. (2016). The performance of ML, DWLS, and ULS estimation with robust corrections in structural equation models with ordinal variables. *Psychological Methods*, 21(3), 369–387. doi: 10.1037/met0000093.
- Maciel, S. C., Maciel, C. M. C., Barros, D. R., da Nova Sá, R. C., & Camino, L. F. (2008). Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF*, 13(1), 115-124.
- Melo, J. R. F. (2017). *Preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia: explicações com base em crenças causais e estereótipos*. Tese de Doutorado em Psicologia Social. Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2017). Mplus: Statistical analysis with latent variables. User's guide. Los Angeles: Muthén & Muthén. Retrieved from: http://www.statmodel.com/download/usersguide/MplusUserGuideVer_8.pdf
- Paim, M. B., & Kovaleski, D. F. (2020). Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. *Saúde e Sociedade*, 29(1). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190227>
- Pereira, A. S. L. S., Alfaia, A. J. B., Souza, L. E. C., & Lima, T. J. S. (2014). Preconceito contra homossexuais no contexto do futebol. *Psicologia & Sociedade*, 26(3), 737-745.

- Pereira, A., Monteiro, M. B., & Camino, L. (2009). Estudo da validação das escalas de crenças sobre a natureza da homossexualidade e de preconceito contra homossexuais. *Laboratório de Psicologia*, 7(1), 21-32.
- Pereira, A., Monteiro, M. B., & Camino, L. (2013). Estudo da validação das escalas de crenças sobre a natureza da homossexualidade e de preconceito contra homossexuais. *Laboratório de Psicologia*, 7(1). <https://doi.org/10.14417/lp.683>
- Pereira, Annelise Santos Lira Soares, Alfaia, André João Belacorça, Souza, Luana Elayne Cunha, & Lima, Tiago Jessé Souza. (2014). Preconceito contra homossexuais no contexto do futebol. *Psicologia & Sociedade*, 26(3), 737-745. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000300022>
- 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 Scandinavica*, 114(5), 303-318. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x. PMID: 17022790.
- Santos, C. C., Souza, F. G., Sardinha, L. S., & Lemos, V. A. (2019). Relações entre ansiedade no pré-operatório de cirurgia cardíaca em pacientes hospitalizados. *Diálogos Interdisciplinares*, 8(8), 74-81. <https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/805>
- Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *Lancet*, 370(9590):810-1. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61245-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61245-8).
- Silveira, L. C., & Braga, V. A. B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(4), 591-595. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692005000400019>

Suárez-Vergne, A., Tardivo, G., Cano, E. D., & Fernández Fernández, M. (2019).

Estereotipos sobre la depresión y la esquizofrenia em Twitter. *Espacioabierto: caderno venezolano de sociología*, 28(3), 75-90.

Tucker, L., & Lewis, C. (1973). A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 38, 1–10. doi: 10.1007/BF02291170.

UTZ, F. et al. Public attitudes towards depression and schizophrenia in an urban Turkish

sample. **Asian journal of psychiatry**, v. 45, p. 1-6, 2019. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.07.015>. Disponível em:

[https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876201819301583?casa_token=](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876201819301583?casa_token=v9Ud_F17ONIAAAAA:h-Pye2eSApIn8DKCtYwesRFCNcCBFMgzwxgsHcXiqqjDdFd-pv57YzvK4IYh9n6RSC_7oWoSN5IH)

[v9Ud_F17ONIAAAAA:h-](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876201819301583?casa_token=v9Ud_F17ONIAAAAA:h-Pye2eSApIn8DKCtYwesRFCNcCBFMgzwxgsHcXiqqjDdFd-pv57YzvK4IYh9n6RSC_7oWoSN5IH)

[Pye2eSApIn8DKCtYwesRFCNcCBFMgzwxgsHcXiqqjDdFd-](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876201819301583?casa_token=v9Ud_F17ONIAAAAA:h-Pye2eSApIn8DKCtYwesRFCNcCBFMgzwxgsHcXiqqjDdFd-pv57YzvK4IYh9n6RSC_7oWoSN5IH)

[pv57YzvK4IYh9n6RSC_7oWoSN5IH](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876201819301583?casa_token=v9Ud_F17ONIAAAAA:h-Pye2eSApIn8DKCtYwesRFCNcCBFMgzwxgsHcXiqqjDdFd-pv57YzvK4IYh9n6RSC_7oWoSN5IH). Acesso em: 17 julho 2020

**EMOÇÕES, ESTEREÓTIPOS, REJEIÇÃO À INTIMIDADE FRENTE À
ESQUIZOFRENIA E ATITUDE RELIGIOSA: UM ESTUDO CORRELACIONAL**

EMOTIONS, STEREOTYPES, REJECTION TO INTIMITY IN FRONT OF
SCHIZOPHRENIA AND RELIGIOUS ATTITUDE: A CORRELATIONAL STUDY

EMOCIONES, ESTEREOTIPOS, RECHAZO A LA INTIMIDAD FRENTE A LA
ESQUIZOFRENIA Y ACTITUD RELIGIOSA: UN ESTUDIO CORRELACIONAL

Resumo

O preconceito contra a esquizofrenia é um fenômeno persistente no tempo, que se apresenta em diferentes sociedades e que possui uma interação complexa com diversos outros elementos psicológicos e sociais que podem ser considerados quando da análise da gênese e manutenção da atitude preconceituosa, como é o caso da religiosidade. A literatura não tem estudado como o preconceito frente à esquizofrenia se relaciona com a religiosidade, o que constitui uma importante lacuna empírica a ser explorada. Por isso, este artigo teve por objetivo mensurar os níveis de rejeição à intimidade, estereótipos negativos, emoções negativas, crenças religiosas sobre a esquizofrenia e religiosidade em uma amostra da população geral (N=281; média de idade 30,04; DP 12,50), correlacionando-os em busca de indícios explicativos do preconceito. Os resultados indicam que a amostra demonstrou um nível de atitude religiosa acima do ponto médio com uma média de 3.28 pontos (DP=1,16; mediana= 3,6). Todas as variáveis apresentaram correlações significativas positivas entre si; e análises de mediação demonstraram que a relação entre atitude religiosa e variáveis que mensuram o preconceito é mediada de forma estatisticamente relevante pelas crenças religiosas sobre a esquizofrenia. Os resultados não só corroboram com a literatura existente sobre o preconceito frente à esquizofrenia como também promovem avanços, à medida que propõe novos elementos para análise, consideram a influência da atitude religiosa e das crenças bem como apresentam análises que permitem verificar como o efeito de uma variável impacta em outra à medida que adicionamos variáveis mediadoras.

Palavras-chave: esquizofrenia; preconceito; religiosidade.

Abstract

Prejudice against schizophrenia is a phenomenon that persists over time, present in different societies and has a complex interaction with several other psychological and social elements that can be considered when analyzing the genesis and maintaining a prejudiced attitude, as is the case. of religiosity. The literature has not studied how prejudice against schizophrenia is related to religiosity, which constitutes an important empirical gap to be explored. Therefore, this article aimed to measure the levels of rejection of intimacy, negative stereotypes, negative emotions, religious beliefs about schizophrenia and religiosity in a sample of the general population (N = 281; mean age 30.04; SD 12, 50), correlating them in search of explanatory evidence of prejudice. The results indicate that the sample showed a level of religious attitude above the midpoint with an average of 3.28 points (SD = 1.16; median = 3.6). All variables showed significant positive correlations with each other; and mediation analyzes showed that the relationship between religious attitude and variables that measure prejudice is mediated in a statistically relevant way by religious beliefs about schizophrenia. The results not only corroborate the existing literature on prejudice against schizophrenia, but also promote advances, as it proposes new elements for analysis, they consider the influence of religious attitude and beliefs as well as present analyzes that allow to verify how the effect of a variable impacts on another as we add mediating variables.

Keywords: schizophrenia; prejudice; religiosity.

Resumen

El prejuicio contra la esquizofrenia es un fenómeno que persiste en el tiempo, está presente en diferentes sociedades y tiene una interacción compleja con varios otros elementos psicológicos y sociales que pueden ser considerados a la hora de analizar la génesis y mantener una actitud prejuiciosa, como es el caso de la religiosidad. La literatura no ha estudiado cómo se relaciona el prejuicio contra la esquizofrenia con la religiosidad, lo que constituye un importante vacío empírico a explorar. Por tanto, este artículo tuvo como objetivo medir los niveles de rechazo a la intimidad, los estereotipos negativos, las emociones negativas, las creencias religiosas sobre la esquizofrenia y la religiosidad en una muestra de la población general (N = 281; edad media 30,04; DE 12, 50), correlacionándolos en busca de evidencia explicativa del prejuicio. Los resultados indican que la muestra mostró un nivel de actitud religiosa por encima del punto medio con una media de 3,28 puntos (DE = 1,16; mediana = 3,6). Todas las variables mostraron correlaciones positivas significativas entre sí; y los análisis de mediación han demostrado que la relación entre la actitud religiosa y las variables que miden el prejuicio está mediada de manera estadísticamente relevante por las creencias religiosas sobre la esquizofrenia. Los resultados no solo corroboran la literatura existente sobre el prejuicio contra la esquizofrenia, sino que también promueven avances, ya que propone nuevos elementos de análisis, consideran la influencia de la actitud y creencias religiosas así como presentan análisis que permiten verificar cómo el efecto de una variable impacta en otro a medida que agregamos variables mediadoras.

Palabras llave: esquizofrenia; prejuicio; religiosidad.

1. Introdução

O preconceito é uma crença equivocada, inflexível e generalizada dirigida para um objeto social pelo fato de sua pertença a uma categoria ou grupo social cujas características negativas foram previamente associadas (Allport 1954; 1962). O preconceito possui três componentes: o afetivo, o cognitivo e o comportamental, o que o torna um elemento atitudinal envolto em processos psicológicos complexos.

Esta atitude pode se apresenta frente aos mais diversos objetos sociais, como a esquizofrenia, por exemplo. A literatura aponta que pessoas diagnosticadas com esse transtorno sofrem com maiores níveis de discriminação, estereótipos, estigma e atitudes e representações negativas (Baba et al., 2017; Bowman & West, 2019; Laureano et al., 2019; Guarniero et al., 2012; Read et al., 2006; Santos et al., 2019; Sartorius, 2007; Suárez-Vergne et al., 2019; Utza et al., 2019). Portanto, consideramos importante estudar não só como o preconceito frente à esquizofrenia se configura como também procurar entender os processos e caminhos psicológicos que dão base à sua formação e manutenção.

Ao estudar o preconceito de forma quantitativa, tradicionalmente os pesquisadores adotam escalas psicométricas que possam mensurar diferentes elementos da atitude e assim chegar ao construto latente maior, o preconceito. Percebemos, entretanto, que a maioria dos estudos tende a considerar apenas dois dos componentes: o cognitivo e o comportamental, utilizando-se geralmente de escalas de estereótipos e discriminação/rejeição a intimidade. O que propomos neste estudo é que possamos mensurar cada um dos três componentes do preconceito (afetivo, cognitivo e comportamental) a fim de buscar suas interações com outras variáveis que possam fornecer explicações sobre as origens e manutenção desta atitude. Sendo assim, decidimos por avaliar os níveis de atitude religiosa e de crenças religiosas frente à esquizofrenia em busca de propor um modelo explicativo de suas interações.

Tomamos essa decisão com base em tendências internacionais que têm buscado avaliar a influencia da religiosidade quanto ao preconceito. A literatura vem demonstrando que as correlações podem ser positivas, negativas ou até mesmo curvilíneas a depender dos tipos de religião e outros fatores socioeconômicos (Remmers; 1963; Allport, Ross, 1967; Wulff, 1991; Hill & Hood, 1999). E estudos mais recentes têm apresentado uma tendência que se mantém onde grupos com maiores níveis de religiosidade demonstram maiores níveis de preconceito (Cuevas & Dawson, 2020; Guo, Liu & Tian, 2020).

Ao longo dos anos, mesmo com mudanças no cenário político-social da reforma psiquiátrica e tratamento matricial, o preconceito frente à esquizofrenia tem se mantido. Em uma pesquisa com estudantes, Ferreira et al. (2015) apresenta que ainda existem atitudes negativas e baixo conhecimento frente a esquizofrenia. Bastos, Lombardi e Marques (2017) encontraram resultados onde os estereótipos de violência e maldade ainda são associados à pessoas com esquizofrenia. O que corrobora com Bowman e West (2019), quando reforçam o que a literatura apresenta há anos: as pessoas com esquizofrenia ainda são vistas como perigosas e imprevisíveis. Laureano et al. (2019) adiciona a esses elementos o surgimento de crenças errôneas sobre a esquizofrenia, dados que Melo (2017) já havia demonstrado, onde crenças equivocadas sobre a origem da doença mental estão relacionadas com maiores níveis de preconceito.

No século XXI o preconceito não só circula nos discursos e atitudes na realidade social, mas também na realidade virtual, Suárez-Vergne et al (2019), ao estudar sobre estigma nas redes sociais, apresentam que a visão de perigo, incapacidade e imprevisibilidade ainda é geralmente associada à esquizofrenia.

Santos et al (2019) e Melo (2017) apresentam que geralmente a sociedade age de forma discriminatória com as pessoas com esquizofrenia, segundo Santos as pessoas demonstram pouca empatia e um comportamento de discriminação, e segundo Melo, há tanto

rejeição a relações sociais diretas como indiretas. Baltasar, Pereira e Sousa (2020), em um estudo de revisão da literatura, apresentam que pessoas com esquizofrenia sofrem com maiores níveis de exclusão e preconceito, o que causa impactos diretos em aspectos psicológicos e sociais.

Desta forma, o preconceito contra a esquizofrenia é um fenômeno persistente no tempo, que se apresenta em diferentes sociedades e que possui uma interação complexa com diversos outros elementos psicológicos e sociais que podem ser considerados quando da análise da gênese e manutenção da atitude preconceituosa, como é o caso da religiosidade.

A literatura não tem estudado como o preconceito frente à esquizofrenia se relaciona com a religiosidade, o que constitui uma importante lacuna empírica a ser explorada; porém, estudos que considerem a relação preconceito-religiosidade nos dão uma pista de que essa interação dentro da temática dos transtornos mentais pode nos fornecer indícios importantes para entender ainda mais a dinâmica preconceituosa.

Por exemplo, alguns autores que estudam a relação entre religiosidade e homofobia têm demonstrado que a religiosidade pode influenciar no preconceito externo e em sua vivência interna (Cerqueira-Santos et al., 2017) bem como correlações significativas entre preconceito homoafetivos e religiosidade.

Assche, Bahamondes e Sibley (2020), demonstram que a relação entre religiosidade e preconceito depender de valores culturais e as associações podem ser mais fortes ou mais fracas de acordo com esses valores. Sendo assim, defendemos que considerar variáveis de religiosidade no estudo do preconceito frente aos transtornos mentais é crucial para uma análise social mais ampla. Frente ao histórico da relação da sociedade com as pessoas com transtornos mentais é possível observar a influência principalmente da Igreja Católica e dos mitos de cunho mítico-religioso. A religião ocupa espaços importantes e provê sentido e explicações para diversas experiências humanas (Dalgarrondo, 2009; ARP, 2014), como o

adoecimento mental. Desde a Grécia antiga aos dias atuais, concepções com base na religiosidade se reapresentam quanto à temática dos transtornos mentais e acreditamos que estejam mediando a dinâmica do preconceito frente à esquizofrenia. Desta forma, o objetivo deste artigo foi mensurar os níveis de preconceito, crenças religiosas frente a esquizofrenia e atitude religiosa em uma amostra da população a fim de analisar suas interações buscando elementos que permitam compreender melhor sua dinâmica.

Nossas hipóteses neste trabalho são: 1) a atitude religiosa se correlacionará de forma positiva com a adesão às crenças religiosas frente à esquizofrenia; 2) as emoções negativas, estereótipos negativos e rejeição à intimidade se correlacionarão de forma positiva com a atitude religiosa e com a adesão às crenças religiosas frente à esquizofrenia; 3) as crenças religiosas exercerão um papel de mediação na relação entre a atitude religiosa, as emoções negativas, os estereótipos negativos e a rejeição a intimidade; 4) em um modelo de mediação seriada a atitude religiosa estará relacionada a um aumento na adesão às crenças religiosas frente à esquizofrenia, esta estará relacionada a um aumento dos estereótipos negativos, que estarão relacionados a um aumento na expressão de emoções negativas.

2. Método

Participantes

Participaram 281 pessoas da população geral em uma amostra não probabilística e por conveniência. A maioria residente na Paraíba (60,9%), idade entre 18 a 74 anos ($M= 30,04$; Mediana = 25; $DP= 12,50$), maioria do sexo feminino (76,2%), estado civil com maioria solteiros(as) (65,1%) e casados(as) (24,9%). Escolaridade predominante a nível de graduação (59,1%) e pós-graduação (25,3%). A maioria dos respondentes declarou não conviver com alguém com o diagnóstico de esquizofrenia (82,6%). Quanto à religião, 49% declararam ser protestantes e 24,2% como católicos; a religião autodeclarada com uma escala variando de 0 (nenhuma) a 10 (muito alto), apresentou uma média de 6 pontos ($DP= 3,27$).

Instrumentos

Os praticantes responderam a único questionário que continha todos os instrumentos utilizados separados em sessões. O questionário continha a sessão com os dados sóciodemográficos (p.e., idade, sexo, escolaridade e religião) e as sessões com os instrumentos psicométricos que serão descritos a seguir.

Para mensurar o nível de religiosidade, utilizou-se a ***Escala de Atitude Religiosa*** (Aquino, 2005). É um instrumento em português, validado no Brasil e composto com 15 itens que variam de **1 = Nunca** a **5 = Sempre**. A escala apresenta um único fator com Alfa de Cronbach de 0,91.

Para mensurar o preconceito, foram utilizados três instrumentos visando medidas que pudessem contemplar o componente cognitivo, afetivo e comportamental do construto. O componente cognitivo foi mensurado com ***Escala de estereótipos frente à esquizofrenia*** (Melo e Maciel, 2016). O instrumento possui seis itens e uma estrutura bifatorial (Fator 1 - Componentes Positivos do estereótipo: criativo, capaz, inteligente; $\alpha=0,61$ / Fator 2 Componentes Negativos do estereótipo: perigoso, imprevisível, digno de pena; $\alpha=0,53$). As respostas variam numa escala de concordância que vai de 1 (nada) a 5 (muito). No artigo 02 desta dissertação, resultados demonstraram que a agressividade e a loucura estão presentes muito próximas ao núcleo central da representação sobre a esquizofrenia, o que pode indicar a importância de se considerar estereótipos de agressividade e loucura frente à esquizofrenia. Desta feita, sugerimos neste estudo a adição de dois itens à escala de Maciel e Melo (2016), os itens “louco” e “agressivo”, visando uma mensuração que possa contemplar elementos que sejam importantes na compreensão do componente cognitivo do preconceito frente às pessoas com esquizofrenia.

Para mensurar o componente afetivo, utilizou-se a ***Escala de Expressão Emocional Frente à Esquizofrenia***, adaptada e validada no artigo 03 desta dissertação, composta por 6 itens

e dois fatores (Fator 1 - emoções negativas de distanciamento: aborrecimento, raiva, desprezo, antipatia, aversão; $\alpha=0,89$ / Fator 2 – emoções negativas de desconfiança: desconfiança, medo, incerteza; $\alpha=0,82$). As respostas variavam de 1 (nunca) a 7 (sempre) sobre a frequência que os respondentes experimentavam as emoções listadas frente à alguém com esquizofrenia.

Para mensurar o componente comportamental do preconceito, utilizou-se a **Escala de Rejeição a relações de intimidade frente à esquizofrenia** (Melo, 2017). O instrumento possui nove itens que versam sobre situações cotidianas relacionadas à rejeição de intimidade e/ou contato com pessoas com esquizofrenia, variando de 1 (nem um pouco incomodado) a 5 (muito incomodado); e dois fatores (fator 1 - Rejeição a relações indiretas: itens 1, 2, 4, 7 e 8; $\alpha=0,78$ / fator 2 - Rejeição a relações diretas: Itens 3, 5, 6 e 9/ $\alpha=0,83$).

Neste estudo, também utilizamos 3 itens do fator Crenças Religiosas da **Escala de Crenças sobre a Doença Mental** adaptada para o contexto da esquizofrenia (Melo, 2017). A escala original foi construída e validada por Maciel, Pereira, Lima e Souza (2015). Com 30 itens e seis fatores que buscam avaliar as crenças causais existentes sobre a doença mental o fator de crenças religiosas é o quarto fator da escala e apresentou um Alfa de Cronbach de 0,84. Escolhemos os 3 itens que mais contribuiriam, em nossa concepção, para verificar se as crenças religiosas estão presentes em nossa amostra e se apresentarão alguma relação com as escalas de preconceito e de atitude religiosa. Os itens escolhidos foram: 1 - A esquizofrenia pode ser uma das manifestações dos espíritos; 2 - A esquizofrenia é a expressão de um espírito que entra na mente da pessoa; 3 - A esquizofrenia está relacionada com a fraqueza para resistir às manifestações dos espíritos.

Procedimentos

A coleta realizou-se de forma online pela plataforma Google Forms, de participação voluntária e secreta. Os participantes concordaram com o Termo Livre e Esclarecido (TCLE) segundo a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no estudo aprovado

pelo comitê de ética da Universidade Federal da Paraíba (CAAE de nº 12942419.9.0000.5188).

Análise de dados

Para tabulação e análise utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21 e seu pacote estatístico PROCESS, para análises descritivas e inferenciais.

3. Resultados

Um dos primeiros passos foi analisar os índices de fatoriabilidade das escalas para verificar sua adequação à amostra deste estudo. A Escala de Atitude Religiosa (EAR) obteve índices satisfatórios como pode ser verificado na tabela 1, seguindo a estrutura unifatorial proposta no estudo original de Aquino (2005).

Tabela 1. Índices da análise fatorial e teste de fidedignidade da EAR

	<i>Itens</i>	<i>Atitude Religiosa</i>	<i>h²</i>
	EAR 1	0,88	,790
	EAR 2	0,75	,671
	EAR 3	0,88	,792
	EAR 5	0,72	,713
	EAR 6	0,67	,600
	EAR 7	0,79	,454
	EAR 8	0,86	,672
	EAR 9	0,89	,767
	EAR 10	0,90	,792

EAR 11	0,77	,826
EAR 12	0,89	,757
EAR 13	0,82	,799
EAR 14	0,75	,698
EAR 15	0,75	,779
Eigenvalue	9,68	
Variância explicada	64,58%	
Alfa de Cronbach (fidedignidade)	0,96	
Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0,94	
Esfericidade de Bartlett X^2	(100) = 3908,621; p < 0,001)	

A Escala de Expressão Emocional Frente à Esquizofrenia (EEA) também apresentou índices satisfatórios (tabela 2) seguindo os mesmos métodos de análise do seu estudo de validação (artigo 03).

Tabela 2. Índices da análise fatorial e teste de fidedignidade

<i>Itens</i>	<i>Emoções Negativas de Distanciamento</i>	<i>Emoções Negativas de Desconfiança</i>	<i>h²</i>
EMOÇÃO 3		0,90	,782
EMOÇÃO 4		0,89	,838
EMOÇÃO 6		0,76	,599
EMOÇÃO 1	0,73		,621
EMOÇÃO 8	0,74		,690

EMOÇÃO 2		0,84	,697
EMOÇÃO 7		0,91	,779
EMOÇÃO 5		0,92	,780
	Eigenvalue	4,12	3,1
	Variância explicada	56,26%	16,07%
	Alfa de Cronbach (fidedignidade)	0,89	0,82
	Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0,82	
	Esfericidade de Bartlett X^2	(100) = 1441,665; p < 0,001)	

A Escala de Rejeição a Intimidade (ERI) também apresentou bons índices estatísticos seguindo os mesmos procedimentos de análise propostos por Melo (2017). Mas, neste estudo, o item 1 da escala, que saturava originalmente no fator 1, passou a saturar no fator 2, apresentando assim uma estrutura levemente diferente do que fora proposto por Melo (2017), como pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3. Índices da análise fatorial e teste de fidedignidade da ERI

	<i>Itens</i>	<i>Rejeição a relações diretas</i>	<i>Rejeição a relações indiretas</i>	<i>h²</i>
REJEIÇÃO 2			,610	,690
REJEIÇÃO 4			,503	,738
REJEIÇÃO 7			,870	,667
REJEIÇÃO 8			,877	,748

REJEIÇÃO 1		,462	,598
REJEIÇÃO 3		,591	,697
REJEIÇÃO 6		,797	,620
REJEIÇÃO 5		,898	,790
REJEIÇÃO 9		,941	,789
	Eigenvalue	4,41	3,81
	Variância explicada	57,45%	12,95%
	Alfa de Cronbach (fidedignidade)	0,87	0,83
	Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0,86	
	Esfericidade de Bartlett X^2	(100) = 1639,645; p < 0,001)	

A Escala de estereótipos frente à esquizofrenia foi analisada de acordo com o estudo original de Melo e Maciel (2016) e levando em consideração os dois itens adicionais propostos por nós neste estudo. Os resultados dos índices fatoriais podem ser observados na tabela 4. O item 5 (digno de pena) apresentou uma saturação abaixo do ponto de corte recomendado em ciências humanas que é de 0,40 (Matsunaga, 2010) então decidimos por retirá-lo da análise.

Tabela 4. Índices da análise fatorial e teste de fidedignidade da Escala de Estereótipos

	<i>Itens</i>	<i>Componente Negativo</i>	<i>Componente Positivo</i>	<i>h²</i>
Estereótipo 2			,705	,583
Estereótipo 4			,780	,567

Estereótipo 6			,843	,714
Estereótipo 8		,713		,508
Estereótipo 3		,755		,699
Estereótipo 1		,835		,699
Estereótipo 7		,835		,656
	Eigenvalue	2,53		1,89
	Variância explicada	37,84%		25,37%
	Alfa de Cronbach (fidedignidade)	0,79		0,67
	Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		0,73	
	Esfericidade de Bartlett X^2		(100) = 536,040; p < 0,001)	

Como pode ser observado, os itens adicionais que propusemos à escala (item 7 – agressivo; item 8 – louco) apresentaram bons índices de saturação no fator 2 que diz respeito aos componentes negativos do estereótipo, o que demonstra que as imagens de agressividade e loucura são vinculadas às pessoas com esquizofrenia. As alterações aqui propostas neste instrumento acabaram por fornecer uma escala com maior sensibilidade aos estereótipos negativos, mas ressalta-se a necessidade de mais estudos que possam vir a comprovar essa estrutura fatorial e melhorar seus índices estatísticos.

Quanto aos itens sobre crenças religiosas da Escala de crenças Sobre a Doença Mental, pode-se observar seus índices abaixo na tabela 5.

Tabela 5. Índices da análise fatorial e teste de fidedignidade dos itens de crenças religiosas

<i>Itens</i>	<i>Fator 1</i>	<i>h²</i>
REL3	,898	0,79
REL2	,891	0,67
REL1	,858	0,79
Eigenvalue	2,33	
Variância explicada	77,87%	
Alfa de Cronbach (fidedignidade)	0,85	
Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0,72	
Esfericidade de BartlettX ² (100) = 385,301; p < 0,001)		

A utilização desses itens permitirá correlaciona-los com as outras medidas e assim verificar sua relação e influência, se houver, na mensuração do preconceito e na atitude religiosa.

O segundo passo das análises foi calcular as pontuações dos sujeitos nas escalas utilizadas e então correlacionar esses resultados entre si e com os dados sociodemográficos. A amostra demonstrou um nível de atitude religiosa acima do ponto médio com uma média de 3.28 pontos (DP=1,16; mediana= 3,6; moda 4,33), o que indica que é uma amostra onde a atitude religiosa se faz presente. Num primeiro momento, nos interessou ver as relações entre as variáveis mensuradas, realizando-se correlações r de Pearson cujos resultados podem ser vistos abaixo na Tabela 5.

Tabela 5. Correlações entre os níveis de atitude religiosa, crenças religiosas, estereótipos negativos, rejeição à intimidade e emoções negativas

Variáveis	Atitude Religiosa	Crenças Religiosas	Estereótipos Negativos	Rejeição à intimidade	Emoções Negativas
------------------	--------------------------	---------------------------	-------------------------------	------------------------------	--------------------------

Atitude Religiosa	1	,177**	,243**	,223**	,138*
Crenças Religiosas		1	,288**	,224**	,266**
Estereótipos Negativos			1	,591**	,599**
Rejeição à intimidade				1	,524**
Emoções Negativas					1

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Como se pode observar na tabela 7, todas as variáveis apresentaram correlações significativas positivas. Esses resultados indicam que as variáveis que mensuram o preconceito se correlacionam com as variáveis que mensuram religiosidade e crenças religiosas sobre a doença mental, ou seja, à medida que estas últimas aumentam o preconceito também tende a aumentar.

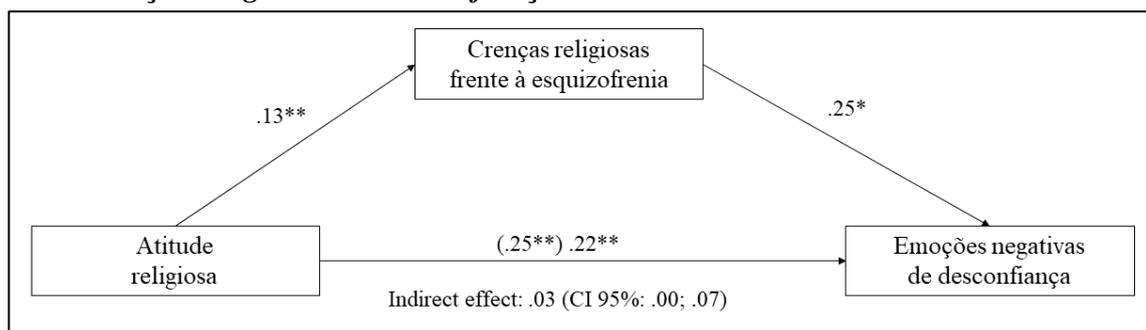
Os valores de “r” estatisticamente baixos, mesmo que significativos, podem ser explicados pelo fato da amostra ter níveis de escolaridade elevados. O que pode ser observado no resultado da correlação negativa extremamente significativa entre a escolaridade e os níveis de atitude religiosa ($r = -,164^{**}$; sig ,006) e adesão às crenças religiosas ($r = -,237^{**}$; sig ,000). O que demonstram uma tendência amostral de diminuição de atitude religiosa e adesão às crenças religiosa à medida que o nível de escolaridade aumenta.

Como próximo passo, após verificar as correlações entre as variáveis utilizadas, decidimos por testar modelos explicativos utilizando a atitude religiosa como variável independente, as crenças religiosas como variável mediadora e as variáveis de preconceito

como variáveis dependentes. Testamos cada escala individualmente respeitando sua estrutura fatorial.

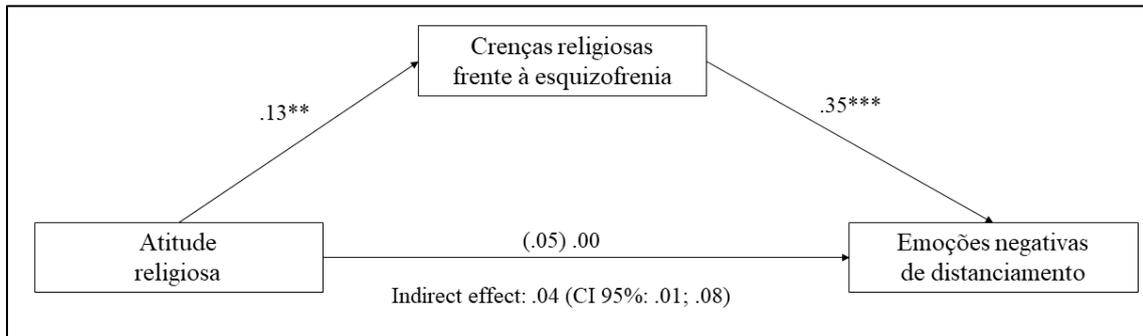
Uma análise de mediação é um método que auxiliar a entender como um fator (variável independente) transmite seu efeito a um fator Y (variável dependente) quando se inclui nessa relação uma variável mediadora. Em todas as interações testadas utilizamos as crenças religiosas frente à esquizofrenia como variável mediadora entre a variável independente (atitude religiosa) e as variáveis dependentes. No primeiro modelo, como é possível observar na figura 1, houve mediação das crenças na relação entre atitude religiosa e as emoções negativas de desconfiança. Nesta e em todas as relações onde houve mediação, pode-se ler o seguinte: a atitude religiosa tende a aumentar a tendência a crenças religiosas frente à esquizofrenia e estas, por sua vez, tendem a aumentar a expressão de emoções negativas de desconfiança frente à esquizofrenia.

Figura 1. Modelo de mediação das crenças religiosas frente à esquizofrenia entre a atitude religiosa e as emoções negativas de desconfiança.



No modelo 2 também houve mediação quando a variável dependente testada foram as emoções negativas de distanciamento, como demonstra a figura 2. No caso o valor mais importante a ser observado é o efeito indireto, pois é o sumário da mediação, que foi significativo.

Figura 2. Modelo de mediação das crenças religiosas frente à esquizofrenia entre a atitude religiosa e as emoções negativas de distanciamento.



Nos modelos 3 e 4, houve mediação tanto quando a variável dependente foi a rejeição a relações de intimidade indiretas (figura 3) como quando foi a rejeição a relações de intimidade diretas (figura 4).

Figura 3. Modelo de mediação das crenças religiosas frente à esquizofrenia entre a atitude religiosa e rejeição a relações de intimidade indiretas.

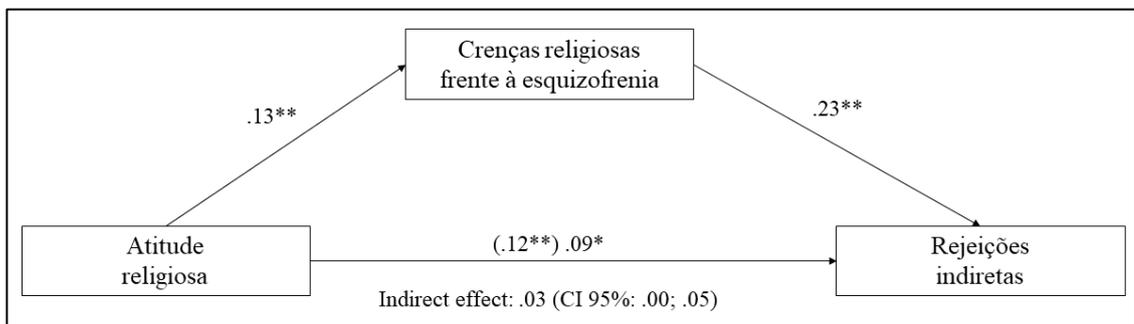
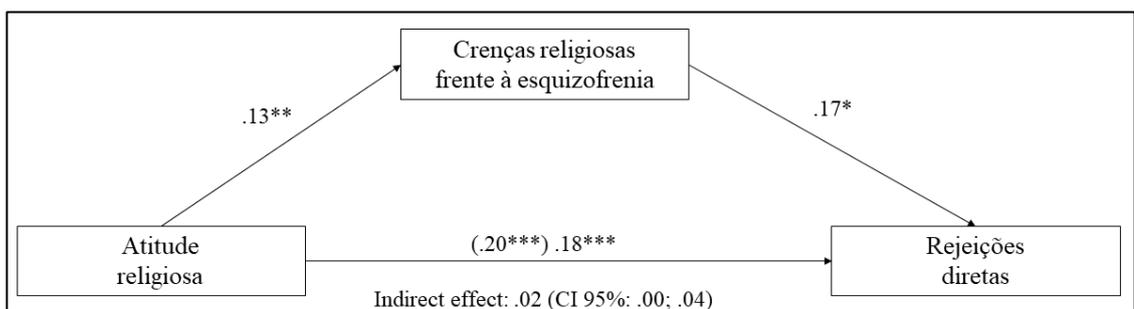
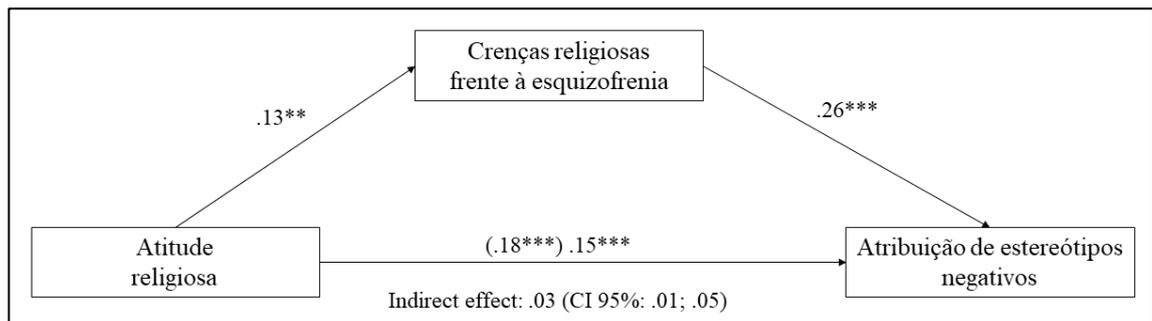


Figura 4. Modelo de mediação das crenças religiosas frente à esquizofrenia entre a atitude religiosa e rejeição a relações de intimidade diretas.



No modelo 5, observamos que houve mediação quando a variável dependente foi a atribuição de estereótipos negativos, como mostra a figura 5.

Figura 5. Modelo de mediação das crenças religiosas frente à esquizofrenia entre a atitude religiosa e estereótipos negativos.

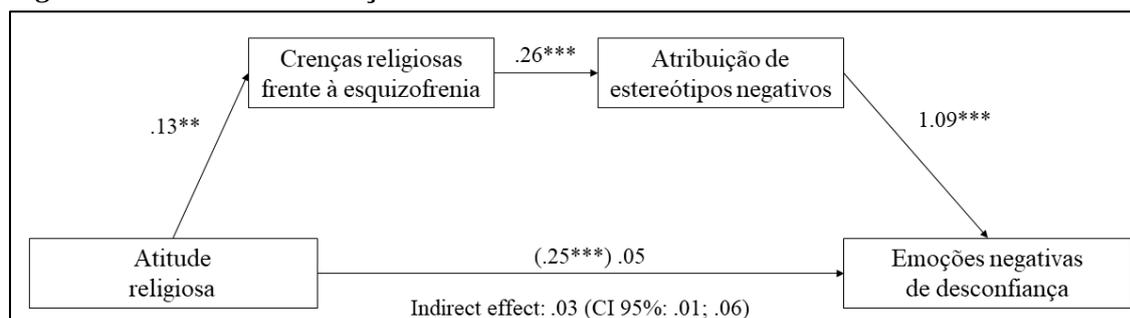


Desta forma, observamos que todas as variáveis utilizadas apresentaram o efeito da mediação das crenças religiosas. O que demonstra não só a influência dessas crenças no banco de dados, mas como ela pode ajudar a compreender o caminho psicológico que os respondentes seguiram para se expressarem frente ao objeto deste estudo.

Com estes resultados em mão, decidimos por testar um modelo de mediação seriada com uma hipótese norteadora de que pessoas com atitude religiosa terão maior adesão às crenças religiosas frente à esquizofrenia (mediadora 1) e maior atribuição de estereótipos negativos (mediador 2) que impactarão na expressão de emoções negativas de desconfiança (variável dependente).

Como é possível observar na figura 6, a mediação seriada evidencia que as crenças religiosas frente à esquizofrenia e a atribuição de estereótipos negativos medeiam a relação entre atitude religiosa e emoções negativas de desconfiança.

Figura 6. Modelo de mediação seriada



Os resultados encontrados não só demonstram valores estatísticos satisfatórios como permitem uma análise mais complexo das inter-relações entre as variáveis estudadas quando observadas pelo viés da mediação estatística.

4. Discussões

Os achados do presente estudo apontam que há correlações positivas e significativas entre os níveis de atitude religiosa, crenças religiosas sobre a esquizofrenia, emoções negativas, estereótipos negativos e rejeição a intimidade. Esses resultados corroboram com Melo (2017), que apresenta a presença desses elementos no preconceito frente à esquizofrenia. O que nosso estudo adiciona nessa relação é interação com o nível de atitude religiosa, que se mostrou um importante elemento de análise que não foi considerado ainda no campo do preconceito frente à esquizofrenia. Desta forma, nossos achados corroboram com outros diversos estudos sobre a relação entre preconceito e religiosidade, demonstrando que a presença da atitude religiosa em uma amostra interage com elementos do preconceito (Cuevas & Dawson, 2020; Guo et al., 2020).

Os resultados também corroboram com diferentes estudos que demonstram a persistência de atribuição de estereótipos negativos, (Bastos, Lombardi & Marques, 2017; Melo, 2017; Bowman & West, 2019), discriminação e rejeição à intimidade (Melo, 2017; Santos et al., 2019; emoções negativas (artigo 3 desta dissertação) e crenças religiosas (Melo, 2017) frente à esquizofrenia.

Os resultados permitem ainda compreender de forma mais profunda a relação entre atitude religiosa, crenças religiosas, emoções negativas, estereótipos negativos e rejeição à intimidade quando analisamos o mecanismo psicológico das influências de variáveis mediadoras entre a varável independente e dependente. A atitude religiosa já havia demonstrado correlações positivas com todas as variáveis utilizadas neste estudo, a mediação

porém nos permitiu verificar que as crenças religiosas e os estereótipos negativos maximizam os efeitos dessa relação. Ou seja, a atitude religiosa influencia a forma como as pessoas expressam emoções negativas de desconfiança frente às pessoas com esquizofrenia e essa relação sofre alterações quantitativas a partir da adesão a crenças religiosas e aos estereótipos negativos.

Ao observarmos o histórico da relação da sociedade com as pessoas com transtornos mentais mais graves é possível não só perceber que desde a Antiguidade elementos de cunho religioso tem se colocado nessa relação como também a permanência da atribuição de estereótipos negativos. Por muito tempo as pessoas com transtornos ou sintomas psicóticos foram consideradas castigadas por Deus ou possuídas por espíritos malignos (Cardoso, 2004), explicações que até hoje parecem ainda influenciar o pensamento social. No segundo artigo desta dissertação, pudemos demonstrar que não só há um forte cunho negativo na representação da esquizofrenia como também ainda se levantam explicações religiosas para a etiologia do transtorno, o que Maciel et al. (2015) já demonstraram em seu estudo sobre as crenças sobre a doença mental.

Um fato que nos chama atenção no modelo de mediação seriada é que os estereótipos como uma das variáveis mediadoras dão indícios de como o componente cognitivo do preconceito pode exercer influência na dimensão afetiva. Neste estudo, a maioria dos respondentes afirmou não ter contato com pessoas esquizofrênicas, sendo assim, ao avaliarmos sua expressão emocional nós pedimos que eles pensassem de forma hipotética o que sentiriam frente a esse objeto social. Observando os níveis de expressão emocional negativa, entendemos que os estereótipos negativos enraizados na sociedade já organizam o sistema psicológico do respondente a um estado emocional negativo frente à esquizofrenia, uma vez que os respondentes só podem responder com base no que já sabem ou pensam

sobre o transtorno. Se seu pensamento está baseado em estereótipos como “perigoso”, “imprevisível” ou “louco”, a expressão emocional tenderá para “desconfiança”, “medo” e “incerteza”.

Tratando-se da esquizofrenia, estudos já apresentaram que o preconceito é uma realidade e ainda com níveis intensos, a persistência dos estereótipos de periculosidade e imprevisibilidade, discriminação e atitudes negativas (Baba et al., 2017; Bowman & West, 2019; Laureano et al., 2019; Suárez-Vergne et al., 2019; Utza et al., 2019). A lacuna que buscamos explorar neste estudo foi justamente verificar, nessa relação tão complexa, a influência da religiosidade, baseando-nos no histórico de que elementos de religiosidade ainda influenciam o pensamento social frente aos transtornos mentais.

5. Considerações Finais

Os resultados não só demonstraram a eficácia das medidas psicológicas utilizadas como exploraram uma lacuna teórica no estudo do preconceito frente à esquizofrenia no que se refere à inclusão da atitude religiosa nessa investigação. Com os achados pudemos confirmar nossas hipóteses de que as variáveis apresentariam correlações positivas entre si e de que as crenças religiosas exerceriam um papel de mediação entre a atitude religiosa e as variáveis dependentes testadas; e no modelo de mediação seriada demos um passo a mais no entendimento de como a atitude religiosa pode influencia no componente afetivo do preconceito frente à esquizofrenia quando consideramos duas variáveis mediadoras.

Este estudo apresenta não só contribuições para o estudo do preconceito mas para o campo da saúde mental, por destacar elementos que podem receber maior atenção no desenvolvimento de políticas públicas ou de programas educativos contra o preconceito. Também podemos localizar nossos achados no campo de pesquisa internacional do preconceito frente à esquizofrenia e dos estudos sobre religiosidade e preconceito, destacando

algumas limitações: a técnica de amostragem por conveniência pode ser trocada em estudos futuros para uma amostragem aleatória, a fim de aumentar a sensibilidade estatística das análises e aumentar a variabilidade das características dos respondentes; os modelos podem ser testados em estudos experimentais onde causa-efeito possam ser apontados, permitindo afirmar com mais precisão onde começa e termina e influência de cada variável.

Consideramos este artigo uma forma não só de construir conhecimento, mas também uma forma de luta e resistência, uma forma de valorizar o conhecimento científico e acreditar que ele, acessível e compreensível à sociedade, é o caminho para uma realidade mais acolhedora e cada vez com menos mitos e equívocos sobre o mundo natural. Estudar o preconceito frente aos transtornos mentais não é uma forma de publicar artigos somente é apontar o caminho para que possamos lutar por um pensamento social onde as pessoas adoecidas psicologicamente tenha que lidar apenas com as dificuldades do seu adoecimento e não com preconceitos, estigmas e atitudes negativas. É lutar para que preceitos da reforma psiquiátrica e das novas formas de cuidado em saúde mental sejam preenchidos com o novo, com ciência e com empatia, e que a sociedade veja e acredite no potencial de um tratamento humanizado, em rede e em comunidade.

Referências

- Allport, G. (1962). *La Naturaleza del Prejuicio*, Buenos Aires. *Eudeba Editorial*.
- Allport, G. W. (1954). *The Nature of Prejudice*. New York: Addison.
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of personality and social psychology*, 5(4), 432. <https://doi.org/10.1037/h0021212>
- Aquino, T. A. A. (2005). Atitude religiosa e crenças dos alunos de psicologia. *Revista da Unipê*, 9(1), 56-63.
- ARP, R. (2014). *1001 ideias que mudaram nossa forma de pensar*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Baba, Y., Nemoto, T., Tsujino, N., Yamaguchi, T., Katagiri, N., & Mizuno, M. (20217). Stigma toward psychosis and its formulation process: prejudice and discrimination against early stages of schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 73, 181-186. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.11.005. Epub 2016 Nov 17. PMID: 28040575
- Baltasar, C. G. A., Pereira, N. P. C., & de Andrade Souza, G. L. (2020). O impacto da exclusão social para os pacientes portadores de esquizofrenia. *Brazilian Journal of Development*, 6(12), 99162-99172.
- Bowman, J. W. P., & West, K. (2019). Prime and prejudice: Brief stereotypical media representations can increase prejudicial attitudes and behaviour towards people with schizophrenia. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 29(3), 167-177. <https://doi.org/10.1002/casp.2392>
- Cardoso, L. M. A. (2004). *Ensino-Aprendizagem de Psicopatologia: um projeto coletivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cerqueira-Santos, Elder, César Augusto de Sá G., Nunes, Lucas Menezes, & Silveira, Aline Pompeu. (2017). Homofobia internalizada e religiosidade entre casais homoafetivos. *Temas em Psicologia*, 25(2), 691-702. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.2-15>

- Cuevas, J A., & Dawson, B L. (2020). An Integrated Review of Recent Research on the Relationships Between Religious Belief, Political Ideology, Authoritarianism, and Prejudice. *Psychological Reports*
- Dalgalarrondo, P. (2009). *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- de Almeida Bastos, L. J., Lombardi, F. R., & Marques, S. F. G. (2017). CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO MASCULINA SOBRE ESQUIZOFRENIA. *Revista Estudos & Pesquisas Unilins*, 1(1), 52-57.
- Ferreira, F. N., Fernandino, D. C., Souza, G. R. M. D., Ibrahim, T. F., Fukino, A. S. L., Araújo, N. C., & Vidal, C. E. L. (2015). Avaliação das atitudes de estudantes da área da saúde em relação a pacientes esquizofrênicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(4), 542-549.
- 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. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 39(3), 80-84.
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000300002>
- Guo, Q., Liu, Z., & Tian, Q. (2020). Religiosity and prosocial behavior at national level. *Psychology of Religion and Spirituality*, 12(1), 55-65. <https://doi.org/10.1037/rel0000171>
- Hill, P. C., & Hood, R. W. (1999). *Measures of religiosity*. Birmingham: Religious Education Press.
- Laureano, P. G, Jiménez, C. M. A., Rivera, G. C. A., & Jesús, I. M. S. (2019). Estigma asociado a la esquizofrenia com estudiantes de Ingeniería en Sistemas en dos

universidades privadas de Santo Domingo. *Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 65(2), 49-60. <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/2627>

Maciel, S. C., Pereira, C. R., Lima, T. J. S. de, & Souza, L. E. C. de. (2015). Desenvolvimento e Validação da Escala de Crenças sobre a Doença Mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(3), 463–473. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528305>

Matsunaga, M. (2010). How to Factor-Analyze Your Data Right: Do's, Don'ts, and How-To's. *International journal of psychological research*, 3(1), 97-110.

Melo, J. R. F. (2017). *Preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia: explicações com base em crenças causais e estereótipos*. Tese de Doutorado em Psicologia Social.

Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB.

Melo, J. R. F., & Maciel, S. C. (2016). Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(1), 76–87.

<https://doi.org/10.1590/1982-3703000882014>

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 Scandinavica*, 114(5), 303-318. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x. PMID: 17022790.

Remmers, H. H. (1963). *Anti-democratic attitudes in American schools*. Evanston: Northwestern University Press.

Santos, C. C., Souza, F. G., Sardinha, L. S., & Lemos, V. A. (2019). Relações entre ansiedade no pré-operatório de cirurgia cardíaca em pacientes hospitalizados. *Diálogos Interdisciplinares*, 8(8), 74-81.

<https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/805>

<https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/805>

Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *Lancet*, 370(9590):810-1.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61245-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61245-8)

Suárez-Vergne, A., Tardivo, G., Cano, E. D., & Fernández Fernández, M. (2019).

Estereotipos sobre la depresión y la esquizofrenia em Twitter. *Espacioabierto: caderno venezolano de sociología*, 28(3), 75-90.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7051680.pdf>

Utza, F., Bögeb, K., Hahn, E., Fuchs, L., Schomerus, G., Angermeyer, M. & Lersnera, U. (2019). Public attitudes towards depression and schizophrenia in an urban Turkish sample. *Asian journal of psychiatry*, 45, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.07.015>

Van Assche, J., Bahamondes, J., & Sibley, C. (2020). Religion and prejudice across cultures: A test of the threat-constraint model. *Social Psychological and Personality Science*, 1948550620920966.

Wulff, D. M. (1991). *Psychology of religion: Classic and contemporary views*. New Jersey: John Wiley & Sons.

Considerações Finais Gerais

Um dos principais objetivos deste trabalho foi a reflexão sobre a influência de variáveis do contexto na formação e manutenção do preconceito frente à esquizofrenia, também buscando compreender como influenciam na gênese e desenvolvimento das representações sociais sobre o transtorno. Situamos essa investigação dentro de um amplo histórico que remonta aos tempos da Antiguidade, onde a relação das pessoas com transtornos mentais e sociedade já chamava a atenção de poetas e pensadores. Atualmente o contexto de Reforma Psiquiátrica no Brasil nos insere num panorama onde a transição entre modelos opostos de atenção em saúde mental ainda encontra diversos impasses, sejam políticos ou ideológicos, e o preconceito é um deles.

O preconceito é uma importante área das pesquisas em ciências sociais, principalmente por se manter um problema atual e que requer intervenções diretas e eficazes. Isso destaca a necessidade de bons instrumentos não só para mensurar o preconceito, mas também de estudos e estratégias que visem desvendar seus mecanismos e promover alterações no pensamento social. A presente dissertação não só contribuiu com um instrumento com bons índices psicométricos, como apontou para uma lacuna a ser explorada nos estudos sobre preconceito.

Buscamos estudar o preconceito frente à esquizofrenia e suas relações com variáveis como a religiosidade e as representações sociais, lançando luz sobre uma área promissora dentre os estudos sobre preconceito. No Brasil, este trabalho é pioneiro em investigar essas relações da forma como propusemos aqui, o que indica que ainda há muito a ser feito no contexto nacional.

Desta forma, trilhamos um caminho teórico para discutir e questionar de que forma preconceito e religiosidade se relacionam e como se comportam no âmago das representações

sociais frente à esquizofrenia. Nesse caminho, indicamos que a Teoria das Representações Sociais provê uma visão mais ampla e com maior cunho societal, sabendo que as representações nascem e se desenvolvem na sociedade, sendo um tipo prático de conhecimento e uma forma de saber, comunicar-se e lidar sobre e com o mundo.

Com o estudo das representações sociais frente à esquizofrenia observamos que as representações sociais negativas têm um papel importantíssimo na manutenção de uma dinâmica social preconceituosa e excludente. Mesmo que tenhamos avançado nas últimas décadas quanto aos direitos e inclusão das pessoas com transtornos mentais, ainda há muito a ser superado. A representação social sobre a esquizofrenia ainda está fortemente pautada na patologização, nos estereótipos negativos, nas crenças equivocadas e no preconceito, representando um desafio a pesquisadores e líderes nacionais.

Os resultados também trouxeram indícios da interação de diversas variáveis que mensuram o preconceito, crenças religiosas e religiosidade, servindo à condução de um maior entendimento sobre a dinâmica do preconceito frente à esquizofrenia uma vez que explora a lacuna da interação preconceito-religiosidade no contexto da esquizofrenia e apresenta resultados que permitem entender o papel da mediação das crenças religiosas nessa relação bem como de compreender o caminho psicológico da interação atitude religiosa-emoções negativas.

Este trabalho trouxe contribuições para o avanço do campo das representações sociais frente à esquizofrenia, tendo um caráter exploratório que pode servir de base para estudos futuros, impulsionando o avanço do entendimento do estado dessas representações na atualidade; também trouxe contribuições para o estudo do preconceito, no que diz respeito a adaptar e validar um escala confiável que possa mensura o componente afetivo do preconceito, o que pode ser valioso para que futuros estudos possam avaliar o preconceito de uma forma mais complexa; bem como no entendimento de como diversas variáveis

psicossociais se correlacionam na dinâmica do preconceito frente à esquizofrenia, visando a proposição de um modelo que possa explicar essa interação.

Esta dissertação ainda contribui para que projetos de intervenções e outras estratégias de enfrentamento do preconceito sejam desenvolvidos, tanto a nível acadêmico quando a nível político, à medida que aponta elementos psicossociais envolvidos no preconceito e na manutenção de representações sociais de cunho negativo, bem como destaca os elementos históricos e de contexto que medeiam essa relação.

Estudos futuros podem utilizar este trabalho como ponto de partida, utilizando outros caminhos metodológicos ou as mesmas proposições que fizemos aqui, buscando responder novas lacunas: diferentes tipos de religião podem causar alterações na representação social da esquizofrenia? Como aspectos socioeconômicos tem papel nessa relação? Estudos experimentais manipulando o tipo de transtorno ou sintomas podem indicar alteração nas variáveis que mensuram o preconceito? Diferentes níveis de religiosidade, cruzados com tipos de religião podem influenciar em variáveis que mensuram o preconceito? Desta forma, buscamos não só obter resultados de qualidade, mas levantar novos questionamentos que possa impulsionar outros pesquisadores e também nossas futuras pesquisas de doutorado.

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) colaborador (a),

A presente pesquisa está sendo desenvolvida pelo aluno de Mestrado em Psicologia Social da UFPB, Linniker Matheus Soares de Moura, sob orientação da Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel.

Solicitamos a sua colaboração para responder um questionário (com duração média de 25 minutos), assim como requerer sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos além de possíveis publicações em revistas. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa oferece como riscos, possíveis desconfortos, podendo o participante enfrentar apenas algum constrangimento ou estresse ao ler a redação dos itens.

Respeitando as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial as Resoluções do CNS 466/12 e 510/16, o presente estudo foi submetido e aprovado pelo o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS), com o CAAE de nº 12942419.9.0000.5188, estando de acordo com todos os preceitos legais.

Esta pesquisa terá como benefício a promoção de reflexão dos participantes frente a temática exposta. Vale ressaltar, que o estudo não acarretará nenhuma despesa ao colaborador. Esclarecemos que a 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 e a única condição participação é ter acima de 18 anos. Caso seja de seu interesse, ao fim da pesquisa, uma devolutiva pode ser apresentada.

Por fim, colocamo-nos à sua inteira disposição para esclarecer qualquer dúvida.

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, entre em contato com o pesquisador: linnikersoaresmoura@gmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa/Centro de Ciências e Saúde, telefone: (83) 32167791.

INSTRUMENTOS

ESCALA DE ATITUDE RELIGIOSA

Abaixo indique em qual intensidade as afirmações dizem respeito à sua religiosidade.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre

3. Leio as escrituras sagradas (Bíblia ou outro livro sagrado)
4. Costumo ler livros que falam sobre religiosidade
5. Procuro conhecer as doutrinas da minha religião/religiosidade
6. Participo de debates sobre assuntos que dizem respeito à religião/religiosidade
7. Converso com a minha família sobre assuntos religiosos
8. Assisto programas de televisão sobre assuntos religiosos
9. Converso com os meus amigos sobre as minhas experiências religiosas
10. A religião/religiosidade influencia as minhas decisões sobre o que eu devo fazer
11. Participo das orações coletivas da minha religião/religiosidade
12. Frequento as celebrações da minha religião/religiosidade
13. Faço orações pessoais (comunicações espontâneas com Deus)
14. Ajo de acordo com o que a minha religião/religiosidade prescreve como correto
15. Extravaso a tristeza ou alegria através de músicas religiosas
16. Sinto-me unido a um “Ser” maior
17. Quando entro numa igreja ou templo, isso me desperta emoções

Escala de Rejeição à Intimidade

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

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

ESCALA DE CRENÇAS SOBRE A DOENÇA MENTAL

Abaixo apresentamos uma lista de frases sobre a doença mental. Pensando na ESQUIZOFRENIA, gostaríamos que indicasse em que medida concorda com estas frases. Indique 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 esquizofrenia pode ser uma das manifestações dos espíritos
2. A esquizofrenia é a expressão de um espírito que entra na mente da pessoa
3. A esquizofrenia está relacionada com a fraqueza para resistir às manifestações dos espíritos

Escala de Expressão Emocional

Indique o quanto você experimenta as emoções abaixo ao pensar ou estar na presença de uma pessoa com esquizofrenia.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Quase nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre

1. Aborrecimento
2. Raiva
3. Medo
4. Desconfiança
5. Desprezo
6. Incerteza
7. Antipatia
8. Aversão

ESCALA DE ESTEREÓTIPOS FRENTE À ESQUIZOFRENIA

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
2. Criativo
3. Imprevisível
4. Capaz
5. Digno de pena
6. Inteligente
7. Agressivo
8. Louco

Dados Sociodemográficos

1. Sexo
2. Idade
3. Escolaridade
4. Você possui alguma religião? Se sim, qual?
5. Para você, qual seu nível de religiosidade?
6. Renda Familiar Mensal
7. Estado civil Estado
8. de onde responde
9. Você é estuda/trabalha em qual área do conhecimento?
10. Convive com alguém com diagnóstico de esquizofrenia?
11. Você recebeu de algum profissional de saúde mental o diagnóstico de esquizofrenia?