



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

**MODELO EXPLICATIVO DA EXCLUSÃO SOCIAL DO DOENTE MENTAL  
BASEADO NAS CRENÇAS, PRECONCEITO, PERCEPÇÃO DE AMEAÇA,  
CURABILIDADE E RESPONSABILIZAÇÃO**

*Giselli Lucy Souza Silva*

João Pessoa - PB  
Março de 2020



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

**MODELO EXPLICATIVO DA EXCLUSÃO SOCIAL DO DOENTE MENTAL  
BASEADO NAS CRENÇAS, PRECONCEITO, PERCEPÇÃO DE AMEAÇA,  
CURABILIDADE E RESPONSABILIZAÇÃO**

**Giselli Lucy Souza Silva** (*Doutoranda*)  
**Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel** (*Orientadora*)  
**Prof. Dr. Cícero Roberto Pereira** (*Co-orientador*)

João Pessoa - PB  
Março de 2020

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

S586m Silva, Giselli Lucy Souza.

Modelo explicativo da exclusão social do doente mental baseado nas crenças, preconceito, percepção de ameaça, curabilidade e responsabilização / Giselli Lucy Souza Silva. - João Pessoa, 2020.  
154 f. : il.

Orientação: Silvana Maciel Carneiro.  
Coorientação: Cícero Roberto Pereira.  
Tese (Doutorado) - UFPB/CCHLA.

1. Doente mental - Exclusão social. 2. Doente mental - Preconceito. 3. Doente mental - Percepção de ameaça.  
I. Maciel, Silvana Carneiro. II. Pereira, Cícero Roberto. III. Título.

UFPB/BC

CDU 613.86(043)



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

**MODELO EXPLICATIVO DA EXCLUSÃO SOCIAL DO DOENTE MENTAL  
BASEADO NAS CRENÇAS, PRECONCEITO, PERCEPÇÃO DE AMEAÇA,  
CURABILIDADE E RESPONSABILIZAÇÃO**

Tese de doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba por Giselli Lucy Souza Silva, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia Social.

João Pessoa - PB  
Março de 2020

### ATA DE DEFESA DE TESE

Aos trinta e um dias do mês de março de dois mil e vinte às 8:30h, reuniram-se em solenidade pública, via internet com compartilhamento de link pela plataforma Zoom, os membros da comissão designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social para o exame de Defesa de Tese da discente **Giselli Lucy Souza Vieira** (orientanda, UFPB, CPF: 013.409.544-86). Foram componentes da banca examinadora: Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup> Silvana Carneiro Maciel (UFPB, Orientadora, CPF: 601.115.774-20), Prof. Dr. Cícero Roberto Pereira (UFPB, Membro interno ao programa, CPF: 982.070.754-49), Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia Nunes da Fonseca (UFPB, Membro interno ao programa, CPF: 675.852.564-34), Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Betânia Maria Oliveira de Amorim (UFCG, Membro externo à instituição, CPF: 468.167.124-04) e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Railda Sabino Fernandes Alves (UEPB, Membro externo à instituição, CPF: 203.143.374-15). À cerimônia compareceram, além da examinada, 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.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvana Carneiro Maciel, após declarar o objetivo da reunião, apresentou a examinada **Giselli Lucy Souza Vieira** e, em seguida, concedeu-lhe a palavra para que apresentasse o conteúdo do trabalho, intitulado: “**Modelo explicativo da exclusão social do doente mental baseado nas crenças, preconceito, percepção de ameaça, curabilidade e responsabilização**”. A seguir, a examinada foi arguida 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 “**APROVADA**” na defesa do trabalho final para conclusão do curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, **nível Doutorado**. 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, 31 de março de 2020.



---

Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup> Silvana Carneiro Maciel



---

Prof.Dr. Cícero Roberto Pereira



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Betania Maria Oliveira de Amorim



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Railda Fernandes Alves



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia Nunes da Fonseca  
Coordenadora do PPGPS

*À Deus, pelo dom da vida e por cuidar de mim.  
À todos que contribuíram para a realização deste  
trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

---

Finalmente o ciclo se fecha. Ao chegar no fim dessa jornada olho para o caminho percorrido e vejo a força que desenvolvi ao seguir, a despeito das dificuldades, em um processo repleto de mudanças e enfrentamentos. Porém, compreendo que não seria possível ultrapassar esse caminho sozinha e, por esse reconhecimento, me coloco a fim de agradecer com muito carinho à:

Minha família, meus pais **Marcos** e **Vanda**, por todo apoio, incentivo e orações. Sou imensamente grata a vocês pela formação humana que me deram. Agradeço a preocupação constante e os gestos rotineiros de cuidado e carinho. É reconfortante tê-los ao meu lado nessa jornada. Agradeço também à minha irmã **Gislayne**, que mostrou que a vida pode ter caminhos diferentes daqueles que esperamos. Por se mostrar tão determinada e corajosa revela que somos mais fortes do que imaginamos e assim, despretensiosamente, me ensina todos os dias. Amo muito todos vocês.

**Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel**, por estar comigo desde o Mestrado. Por compartilhar conhecimentos e experiências que levarei como exemplo. Pela condução deste trabalho e pelo apoio pessoal quando minha saúde não permitia avançar. Respeito, admiração e gratidão.

**Prof. Dr. Cícero Roberto Pereira**, por seu profundo conhecimento teórico e rigor técnico. Com toda sua maestria o senhor ensina além das teorias e métodos, sua disposição e simplicidade ensinam algo muito raro nos dias atuais, ensina humanidade. Obrigada por sempre me acolher.

**Prof. Dr. Marcus Eugênio Oliveira Lima**, que avaliou e contribuiu brilhantemente com esse trabalho. Sua leitura minuciosa no processo de qualificação, sua atenção e gentileza trouxeram enriquecimento inestimável.

**Profa. Dra. Patrícia Nunes Fonsêca**, por sua disposição para leitura deste trabalho e que, de forma cuidadosa, trouxe contribuições enriquecedoras para essa construção. Agradeço também por sua gentileza e alegria presentes desde a qualificação, trazendo conforto e leveza para esse processo.

**Profa. Dra. Betânia Maria Oliveira de Amorim e Profa. Dra. Railda Sabino Fernande Alves** pelo aceite em participar da banca. Pela disponibilidade, abertura e clareza que contribuem para o enriquecimento deste trabalho.

Minhas amigas de caminhada que foram apoio e incentivo desde o Mestrado: **Camila Dias, Katruccy Medeiros e Patrícia Sousa**. À Patrícia, agradeço por compartilhar vivências, me receber em sua casa e por cada palavra dita. Katruccy foi abrigo! Não apenas pelas portas abertas que me acolhiam na estadia em João Pessoa; mas foi abrigo principalmente pela amizade sincera, pelas aventuras que suavizavam a jornada, pela competência e por seu exemplo profissional. Gratidão também à Camila, que foi luz e calma. Sou grata por sua empatia e suas palavras sempre sábias que me acolhiam e fortaleciam de forma inimaginável.

Minhas amigas de vida, **Élida, Denise e Patrícia**, incentivadoras e apoiadoras que deixam a minha vida mais colorida e por quem nutro um carinho inestimável.

Ao Grupo de **Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química** (GPSMDQ), pelo companheirismo, amizade e pelo laço de solidariedade que formamos. Em especial, à **Thaís Gomes e Thaís Menezes** que acompanharam de forma mais próxima esse processo e que se tornaram amigas além da Academia. À **Dayane**, pela colaboração na coleta de dados dos estudos 1 e 2 e à **Kaline** pela ajuda na análise dos dados.

Por fim, gratidão à **Deus**, por todos e por tudo! Cada pessoa colocada em meu caminho e cada superação tem o toque do seu amor por mim. Gratidão sem fim

## RESUMO

---

Ainda são poucos os estudos que propõem um modelo explicativo da exclusão social dos doentes mentais. Diante disto, esta tese tem como objetivo principal propor um modelo explicativo da exclusão social do doente mental baseado nas crenças causais da doença mental, no preconceito, na percepção de ameaça na curabilidade e responsabilização. Para atingir o objetivo geral, esta tese apresenta uma sequência de estudos multimétodos, estruturada em um artigo teórico e três empíricos. O primeiro artigo compreende uma revisão da literatura articulando os diversos arcabouços teóricos que dão sustentáculo a tese. O segundo artigo, de abordagem mista, buscou identificar o nível de preconceito frente aos doentes mentais e analisar as justificativas apresentadas para aceitação/rejeição as situações de contato. Participaram 171 universitários, que responderam a Escala de Preconceito frente ao Doente Mental e justificaram suas respostas aos itens do instrumento. Foram realizadas estatísticas descritivas com o auxílio do SPSS e Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin. Os resultados demonstraram que persiste o preconceito contra o doente mental, revelado pelo distanciamento das relações sociais justificada pela percepção de ameaça. O terceiro artigo, correlacional, analisa as relações entre as crenças causais sobre a doença mental, a percepção de ameaça e o preconceito. Universitários (N = 323) responderam a Escala de Crenças Sobre a Doença Mental, Escala de Preconceito, Escala de Percepção de ameaça frente ao Doente Mental e um questionário biossociodemográfico. Os dados apontaram correlação significativa entre todos os construtos. A percepção de ameaça, no fator periculosidade, foi predita pelo preconceito e pelas crenças religiosas. O fator imprevisibilidade foi explicado pelo preconceito e pelas crenças causais: drogas, religiosas e contingenciais. Os resultados são consonantes com as justificativas apresentadas pelos participantes no segundo artigo. O quarto artigo, está dividido em duas análises: A Análise 1, experimental (N = 413), analisou a influência das crenças causais da doença mental, preconceito, percepção de ameaça, curabilidade e responsabilização no processo de exclusão social. O estudo apresenta uma vinheta que relata o adoecimento mental de um homem. Na história apresentada foram manipulados o tipo de crença causal (biológica, psicológica, religiosa, uso de drogas e grupo controle) e a curabilidade (curável x incurável). Os participantes também responderam a uma medida de atribuição responsabilização do doente mental. Os resultados mostraram efeito significativo das crenças sobre a exclusão (crença religiosa gera maior exclusão), percepção de ameaça e responsabilização (crença no uso de drogas gera maior responsabilização). A crença na incurabilidade da doença mental mostrou efeito significativo para exclusão e percepção de ameaça. A Análise 2 (N = 413) buscou dimensionar o efeito dos construtos propondo um modelo de mediação moderadora estatisticamente significativo. Análises de regressão demonstraram que para que o preconceito produza exclusão é necessária a mediação da percepção de ameaça. Os resultados também indicam que o preconceito é moderado pelas crenças causais e moderado pela curabilidade e responsabilização, oferecendo então suporte ao processo de exclusão social. Desarte, as implicações desses resultados devem ser considerados como uma contribuição para compreender o preconceito destinado ao doente mental, bem como servir de suporte para formulação de estratégias para reduzir o preconceito e a exclusão social.

**Palavras-chave:** Exclusão social; Preconceito; Percepção de ameaça; Doente mental

## ABSTRACT

---

There are still few studies that propose an explanatory model for the social exclusion of the mentally ill. In view of this, this thesis has as main objective to propose an explanatory model of the social exclusion of the mentally ill based on the causal beliefs of mental illness, on prejudice, on the perception of threat in curability and accountability. To achieve the general objective, this thesis presents a sequence of multimethodic studies, structured in a theoretical article and three empirical ones. The first article comprises a literature review articulating the various theoretical frameworks that support the thesis. The second article, with a mixed approach, sought to identify the level of prejudice vis-à-vis the mentally ill and analyze the justifications presented for acceptance / rejection of contact situations. 171 university students participated, who responded to the Prejudice Scale against the Mentally Ill and justified their responses to the instrument's items. Descriptive statistics were performed with the help of SPSS and Thematic Content Analysis proposed by Bardin. The results showed that prejudice against the mentally ill persists, revealed by the distance from social relations justified by the perception of threat. The third article, correlational, analyzes the relationships between causal beliefs about mental illness, perception of threat and prejudice. University students (N = 323) answered the Scale of Beliefs about Mental Illness, Scale of Prejudice, Scale of Perception of threat to the Mentally Ill and a biosociodemographic questionnaire. The data showed a significant correlation between all constructs. The perception of threat, in the dangerousness factor, was predicted by prejudice and religious beliefs. The unpredictability factor was explained by prejudice and causal beliefs: drugs, religious and contingency. The results are in line with the justifications presented by the participants in the second article. The fourth article is divided into two analyzes: Analysis 1, experimental (N = 413), analyzed the influence of the causal beliefs of mental illness, prejudice, perceived threat, curability and accountability in the process of social exclusion. The study features a vignette that reports a man's mental illness. In the history presented, the type of causal belief (biological, psychological, religious, drug use and control group) and curability (curable vs. incurable) were manipulated. Participants also responded to a measure of attributing accountability to the mentally ill. The results showed a significant effect of beliefs on exclusion (religious belief generates greater exclusion), perceived threat and accountability (belief in drug use generates greater accountability). The belief in the incurability of mental illness showed a significant effect for exclusion and perceived threat. Analysis 2 (N = 413) sought to measure the effect of the constructs by proposing a statistically significant moderating mediation model. Regression analyzes showed that for prejudice to produce exclusion, it is necessary to mediate the perception of threat. The results also indicate that prejudice is moderated by causal beliefs and moderated by curability and accountability, thus offering support to the process of social exclusion. Therefore, the implications of these results should be considered as a contribution to understand the prejudice aimed at the mentally ill, as well as to support the formulation of strategies to reduce prejudice and social exclusion.

**Keywords:** Social exclusion; Preconception; Perception of threat; Brain sick

## RESUMEN

---

Todavía hay pocos estudios que propongan un modelo explicativo para la exclusión social de los enfermos mentales. En vista de esto, esta tesis tiene como objetivo principal proponer un modelo explicativo de la exclusión social de los enfermos mentales basado en las creencias causales de la enfermedad mental, en los prejuicios, en la percepción de amenaza en la curabilidad y la responsabilidad. Para lograr el objetivo general, esta tesis presenta una secuencia de estudios multimetodológicos, estructurados en un artículo teórico y tres empíricos. El primer artículo comprende una revisión de la literatura que articula los diversos marcos teóricos que respaldan la tesis. El segundo artículo, con un enfoque mixto, buscó identificar el nivel de prejuicio hacia los pacientes mentales y analizar las justificaciones presentadas para la aceptación / rechazo de situaciones de contacto. Participaron 171 estudiantes universitarios, quienes respondieron a la Escala de prejuicios contra los enfermos mentales y justificaron sus respuestas a los ítems del instrumento. Las estadísticas descriptivas se realizaron con la ayuda de SPSS y el análisis de contenido temático propuesto por Bardin. Los resultados mostraron que persiste el prejuicio contra los enfermos mentales, revelado por la distancia de las relaciones sociales justificada por la percepción de amenaza. El tercer artículo, correlacional, analiza las relaciones entre las creencias causales sobre la enfermedad mental, la percepción de amenaza y prejuicio. Los estudiantes universitarios (N = 323) respondieron a la Escala de creencias sobre la enfermedad mental, la escala de prejuicios, la escala de percepción de la amenaza a los enfermos mentales y un cuestionario biosociodemográfico. Los datos mostraron una correlación significativa entre todas las construcciones. La percepción de amenaza, en el factor de peligrosidad, fue predicha por prejuicios y creencias religiosas. El factor de imprevisibilidad se explicaba por los prejuicios y las creencias causales: drogas, religión y contingencia. Los resultados están en línea con las justificaciones presentadas por los participantes en el segundo artículo. El cuarto artículo se divide en dos análisis: Análisis 1, experimental (N = 413), analizó la influencia de las creencias causales de enfermedad mental, prejuicio, percepción de amenaza, curabilidad y responsabilidad en el proceso de exclusión social. El estudio presenta una viñeta que informa sobre la enfermedad mental de un hombre. En la historia presentada, se manipuló el tipo de creencia causal (grupo biológico, psicológico, religioso, uso de drogas y control) y curabilidad (curable versus incurable). Los participantes también respondieron a una medida de atribuir responsabilidad a los enfermos mentales. Los resultados mostraron un efecto significativo de las creencias sobre la exclusión (la creencia religiosa genera una mayor exclusión), la amenaza percibida y la responsabilidad (la creencia en el consumo de drogas genera una mayor responsabilidad). La creencia en la incurabilidad de la enfermedad mental mostró un efecto significativo para la exclusión y la amenaza percibida. El análisis 2 (N = 413) buscó medir el efecto de los constructos al proponer un modelo de mediación moderadora estadísticamente significativo. Los análisis de regresión mostraron que para que el prejuicio produzca exclusión, es necesario mediar en la percepción de amenaza. Los resultados también indican que el prejuicio es moderado por las creencias causales y moderado por la curabilidad y la rendición de cuentas, lo que ofrece apoyo al proceso de exclusión social. Las implicaciones de estos resultados deben considerarse como una contribución a la comprensión del prejuicio dirigido a los enfermos mentales, así como también como un apoyo para la formulación de estrategias para reducir los prejuicios y la exclusión social.

**Palabras clave:** Exclusión social; Preconcepción; Percepción de amenaza; Cerebro enfermo

## SUMÁRIO

---

---

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
Hipóteses da Tese .....	15
<b>ARTIGO 1 – Trajetória social da doença mental: uma história marcada por crenças, preconceito, percepção de ameaça e exclusão .....</b>	<b>18</b>
Relação da sociedade com a doença mental ao longo dos tempos.....	19
Crenças acerca dos transtornos mentais.....	26
Preconceito, percepção de ameaça e exclusão.....	30
Considerações finais.....	35
Referências.....	35
<b>ARTIGO 2 - Discursos Justificadores do Preconceito e da Exclusão Social dos Doentes Mentais.....</b>	<b>40</b>
Introdução .....	43
Método .....	46
Resultados .....	50
Discussão .....	56
Considerações finais.....	63
Referências.....	64
<b>ARTIGO 3 - Crenças Causais, Preconceito e Percepção de Ameaça Frente ao Doente Mental.....</b>	<b>69</b>
Introdução .....	71
Método .....	76
Resultados.....	79
Discussão .....	81
Referências.....	85
<b>ARTIGO 4 - Exclusão social do doente mental: experimento e modelo explicativo .....</b>	<b>89</b>
Introdução .....	92
Método .....	97
Resultados.....	102
Parte 1 - Experimental.....	102
Parte 2 – Testagem do Modelo Explicativo da Exclusão Social do doente mental ..	111
Considerações finais.....	127
Referências.....	127
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>130</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>139</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>150</b>

## LISTA DE FIGURAS

---

---

### *Artigo 4*

**Figura 01.** Efeito da causa da doença mental sob a exclusão social nas condições incurável e curável

**Figura 02.** Efeito da causa da doença mental sob a percepção de ameaça nas condições incurável e curável.

**Figura 03.** Efeito da causa da doença mental sob a Responsabilização do doente mental nas condições incurável e curável.

**Figura 04.** Modelo explicativo para a exclusão Social de pessoas que sofrem de transtornos mentais (Modelo 1)

**Figura 05.** Modelo explicativo para a exclusão Social de pessoas que sofrem de transtornos mentais (Modelo 2)

**Figura 06.** Efeito do preconceito na exclusão social mediado pela percepção de ameaça.

**Figura 08.** Efeito Moderador do Preconceito na influência da Curabilidade na Percepção de Ameaça

**Figura 09.** Diagrama estatístico da mediação moderada.

## LISTA DE TABELAS

---

---

### *Artigo 2*

**Tabela 1.** Dados da Escala de Distância Social frente ao Doente Mental (N=171).

**Tabela 2.** Análise das justificativas (questões abertas) dadas a cada item da Escala de Distância Social frente ao Doente Mental.

### *Artigo 3*

**Tabela 1.** Correlações de Pearson entre as variáveis Preconceito, Exclusão, Percepção de Ameaça (2 Fatores: Periculosidade e Imprevisibilidade) e Crenças sobre a Doença Mental (6 Fatores).

**Tabela 2.** Coeficiente de Regressão para os modelos testados.

### *Artigo 4*

**Tabela 01.** Média e Desvio Padrão (entre parênteses) da Exclusão social em cada condição experimental

**Tabela 02.** ANOVA para modelo causal da Exclusão Social

**Tabela 03.** ANOVA para modelo causal da Exclusão Social após inclusão das covariáveis imprevisibilidade e periculosidade

**Tabela 04.** Média e Desvio Padrão (entre parênteses) da Percepção de Ameaça em cada condição experimental.

**Tabela 05.** ANOVA para modelo causal da Percepção de Ameaça

**Tabela 06.** Média e Desvio Padrão (entre parênteses) da Responsabilização em cada condição experimental.

**Tabela 07.** ANOVA para modelo causal da Responsabilização.

**Tabela 08.** Correlações de Pearson entre os construtos

**Tabela 09.** Coeficientes de Regressão dos modelos testados.

**Tabela 10.** Coeficientes de regressão da Mediação Moderada

## INTRODUÇÃO

---

---

Padrões comuns de comportamento (produzidos e aceitos pela maior parte da sociedade) atuam diretamente no imaginário coletivo e interferem nas relações estabelecidas com os sujeitos considerados desviantes sociais. Os padrões de normalidade, embora amplamente difundidos e inconscientemente absorvidos, podem gerar sérias consequências nas interações e convívio social. Tal como aconteceu (e acontece) com as pessoas com transtornos mentais, que aprisionadas sob diversos rótulos, tem sua representação alicerçada no desajuste social, o que acaba por resultar em discriminação e exclusão do convívio social.

Muito embora na contemporaneidade sejam cada vez mais comuns debates sobre os processos de exclusão/inclusão e que, servindo a esta questão e aos acontecimentos sociopolíticos na história da saúde mental, seja possível identificar múltiplas terminologias associadas a experiência da não-razão, à exemplo de possessão, alienação, loucura, doença mental, transtorno mental, sofrimento psíquico; e todos os termos empregados como referências a essas pessoas impliquem uma concepção específica a respeito de quem são eles. Rosa (2003) enfatiza que todos os termos estão carregados de preconceito e indicam sempre para um desvio em relação à norma e aceitação social<sup>1</sup>.

Em um passeio pela história da loucura é possível perceber que muitos séculos se passaram e muitas resistências foram ultrapassadas para que a crença no sobrenatural, atrelada a loucura fosse substituída por princípios racionalistas - característica da Era Moderna. Contudo, ainda perdura, nos dias atuais, representações sobre a doença mental

---

<sup>1</sup> No caso deste trabalho, diversas terminologias serão utilizadas, porém será enfatizado o termo transtorno mental (por ser considerado o termo aceito como politicamente correto na atualidade) e doença mental (termo utilizado nos instrumentos de pesquisa utilizados nesta tese).

que reproduzem as crenças difundidas ao longo dos séculos (Bouhleb, Haouala, Klibi, Ghaouar, Chennoufi, Melki & El-Hechmi, 2012; Sanches, 2012) e que associam a loucura a múltiplas etiologias que fazem com que o olhar direcionado a esse público, e o tratamento a eles destinados, tenha como base a ideia de que são pessoas incapazes, perigosas e imprevisíveis (Angermeyer, Matschinger, Carta & Schomerus, 2014; Haqanee, Lou, & Lalonde, 2014; Melo, 2017, Wetzel, Kantorski, Olschowsky, Schneider & Camatta, 2011).

Essas crenças repercutem negativamente na integração social das pessoas com transtornos mentais e na efetivação da Reforma Psiquiátrica pois estão na base dos processos de exclusão social, uma vez que, balizadas sob a égide da proteção pessoal e social, essas crenças promovem preconceito, distanciamento social e resistência a efetiva implantação da Reforma Psiquiátrica, além da manutenção do modelo asilar, como bem atestam autores como Mfofo-M'Carthy e Huls (2014).

Delgado (2011) aponta que ao se colocar como um modelo de atenção não asiloconfinante em saúde mental, o modelo psicossocial objetiva modificações na forma de tratar, seja em termos estruturais dos serviços criados para atender esse público, seja através da busca pela inserção na sociedade mediada pela formulação de políticas públicas, a Reforma Psiquiátrica deveria promover também uma nova forma da sociedade abordar e conceituar a loucura, convidando a população para uma reflexão sobre o tema, com ações mais inclusivas e menos segregacionistas.

No entanto, a efetivação da Reforma Psiquiátrica esbarra nas crenças pejorativas e práticas discriminatórias influenciadas pela história da Psiquiatria e baseadas no modelo manicomialista, que resultam, segundo algumas pesquisas na área, em atitudes de exclusão que demonstram o quanto esse grupo social ainda é alvo de

preconceito (Dabby, Tranulis & Kirmayer, 2015; Jiwon & Chasteen, 2016; Pearson, 2014; Sanches, 2012; Sousa, Maciel, Medeiros & Vieira, 2016).

Observa-se que o preconceito ainda é presente na sociedade atual e que as crenças atreladas a esse fenômeno são, de fato, determinantes para expressão do preconceito (Pereira, Torres, Falcão & Pereira, 2013; Pereira, Pereira & Monteiro, 2016) do distanciamento social e, conseqüentemente, da exclusão social dos grupos alvo (Dietrich, Joshipura, Dawson-Hughes, Bischoff-Ferrari, 2004; Pescosolido, Martin, Long, Medina, Phelan & Link, 2010). Realizada esta afirmação, é importante destacar, que ainda existe uma grande variabilidade e inconsistência entre os estudos no que se refere aos tipos de crenças mais vinculadas ao preconceito frente as pessoas com transtornos mentais, como atestam pesquisadores na área como Read, Haslam, Sayce e Davies (2006) e Schiller et al. (2014); deixando assim uma lacuna no que diz respeito a existência de um modelo explicativo sólido sobre a exclusão do doente mental na atual sociedade dita inclusiva e ancorada em preceitos dos Direitos Humanos e da Reforma Psiquiátrica.

Diante disso, esta tese se propõe a preencher a lacuna acima anunciada, estabelecendo como objetivo buscar compreender o processo de exclusão social dos doentes mentais, propondo um modelo explicativo da exclusão social baseado nas crenças sobre a etiologia da doença mental, no preconceito, na percepção de ameaça, na curabilidade e responsabilização. Especificamente, procura-se responder a alguns questionamentos que irão balizar os estudos: considerando a existência do preconceito frente as pessoas com transtornos mentais, em que elementos estão ancoradas as justificativas do preconceito? Quais crenças causais estão mais relacionadas com o preconceito e a exclusão social? A percepção de ameaça atua legitimando comportamentos de exclusão frente as pessoas com transtornos mentais? Ainda existe

na atual sociedade a crença na causalidade religiosa do transtorno mental? A crença na causalidade e curabilidade do transtorno mental está associada a expressões de preconceito? A responsabilização pelo adoecimento é fator influenciador no processo de exclusão?

Para atender ao objetivo geral e responder as questões acima explicitadas, esta tese está organizada em quatro capítulos em forma de artigos e as considerações finais.

*O primeiro capítulo*, artigo teórico, nomeado *Transtornos mentais, Crenças, Preconceito e Percepção de ameaça*, apresenta um resgate histórico da loucura e dos processos de exclusão adjacentes a esta temática. Ainda são explanados nessa seção, os construtos teóricos que embasam as pesquisas empíricas desenvolvidas para fins de elaboração desta tese e que foram responsáveis por fomentar as hipóteses aqui elaboradas sobre crenças, preconceito e percepção de ameaça.

*O segundo capítulo*, em forma de artigo, tem como título: *Discursos justificadores do preconceito e da exclusão social dos portadores de transtornos mentais*, resulta de um estudo empírico. Trata-se de um estudo de abordagem mista (qualitativo e quantitativo), que tem por base o Modelo de Discriminação Justificada (MDJ). Nesse estudo buscou-se identificar o nível de preconceito frente ao portador de transtorno mental e analisar as justificativas apresentadas para as situações de contato/intimidade, visando verificar se há aceitação ou rejeição e em que as justificativas estão ancoradas.

*O terceiro capítulo*, em forma de artigo, intitulado *Crenças Causais, Preconceito e Percepção de Ameaça frente ao Doente Mental*, buscou analisar as relações entre as crenças causais sobre a doença mental, a percepção de ameaça e o preconceito.

*O quarto capítulo*, artigo intitulado *Exclusão social do doente mental*, busca verificar quais as crenças causais influenciam o processo de exclusão desse público, bem como o efeito do preconceito, da curabilidade e responsabilização no processo de exclusão social. Nesse capítulo são realizadas duas análises: a Análise 1, de cunho experimental, e a Análise 2 que propõe um modelo explicativo da exclusão do doente mental. Por fim, a última seção desta tese, cumpre o objetivo de expôr as *Considerações Finais*.

Tomados em conjunto, os artigos retratam como crenças sobre a natureza dos grupos sociais podem motivar as pessoas a excluïrem membros de grupos minoritários do seu convívio. Esta tese analisa esse processo propondo um modelo explicativo da exclusão social do doente mental baseada nas crenças sobre a etiologia da doença mental, no preconceito, na percepção de ameaça, na curabilidade e responsabilização.

Em suma, esta pesquisa intenta contribuir para o debate acadêmico sobre os processos subjacentes a exclusão do doente mental, podendo contribuir para a compreensão do fenômeno e possível incentivos a pesquisas científicas posteriores.

### **Hipóteses da Tese**

O levantamento da literatura apresentada propõe que a discriminação contra grupos minoritários ainda é presente mesmo em contextos antipreconceito, pois ela é legitimada por fatores justificadores aparentemente “não preconceituosos”. Tomando como base as contribuições ancoradas pelas diferentes teorias e resultados de estudos aqui reportados, esta tese busca testar um conjunto de hipóteses de forma a evidenciar a explicação de alguns construtos, à exemplo das crenças causais da doença mental, a curabilidade e a responsabilização podem explicar a relação entre preconceito, percepção de ameaça e exclusão social; e como os discursos justificadores, baseados na

percepção de ameaça, atuam no comportamento discriminatório face ao doente mental. Especificamente, a presente tese tem como objetivo geral elaborar um modelo explicativo da exclusão social do doente mental baseado nas crenças sobre a etiologia da doença mental, no preconceito, na percepção de ameaça, na curabilidade e na responsabilização. Para tanto, foram formuladas *a priori* algumas hipóteses que norteiam a execução dos estudos empíricos afim de alcançar o objetivo principal. As hipóteses estão expostas a seguir:

Hipótese 1: Existe o preconceito frente aos doentes mentais e este é justificado com base na percepção de que essas pessoas representam uma ameaça. Ao se apresentar como justificativa, a percepção de ameaça atua como fator legitimador dos comportamentos discriminatórios mesmo diante das normas antipreconceito e dos princípios de igualdade e inclusão presentes nas sociedades democráticas. As pessoas buscam apresentar-se como politicamente corretas e começam a agir de forma que as suas atitudes sejam percebidas como justas e legítimas (Pereira, Vala & Leyens, 2009). No caso do doente mental, quando este é representado como uma ameaça, perigoso e/ou imprevisível, os comportamentos discriminatórios ganham legitimidade (Maciel, 2017), pois o distanciamento e a exclusão se colocam como um comportamento natural e defensável. A percepção de ameaça, entendida nesse caso como ameaça realista, se apresenta nessa relação como um elemento central para a compreensão do fenômeno e portanto, pode ser usada como uma justificção para a discriminação dos membros do “exogrupo” (Stephan & Stephan, 2000), revelando que a ameaça atua de forma a mediar a relação entre preconceito e discriminação. Partindo então da premissa da necessidade de legitimar o preconceito, Pereira, Vala e Costa-Lopes, (2010), propõem o Modelo da Discriminação Justificada, que demonstra que quanto mais forte é o preconceito contra

o grupo-alvo mais as pessoas estarão motivadas a usar mitos legitimadores como justificativa para discriminar.

Hipótese 2: As crenças causais biológicas são as que geram menor preconceito, enquanto que as crenças religiosas geram maior preconceito. A crença na causa biológica da doença mental reduz o estigma uma vez que, ao enfatizar as causas orgânicas a doença mental passa a se equiparar a qualquer outra doença (Phelan, 2002), sendo assim, passível de controle e tratamento. Por sua vez, as crenças religiosas, atreladas a questões sobrenaturais, são responsáveis por maior preconceito, uma vez que associam a doença mental a algo que foge do controle do sujeito e está associada a eventos inesperados, o que reforça o caráter imprevisível atribuído ao doente mental (Maciel, 2017; Sanches, 2012). Estudos recentes (Melo, 2017) comprovam empiricamente que as crenças causais religiosas explicam o preconceito frente ao doente mental.

Hipótese 3: fatores como a atribuição de responsabilidade do doente mental pelo adoecimento e a crença na curabilidade influenciam o preconceito direcionado a esse público. Embora haja poucos estudos na área que abordem esses construtos, acredita-se que, por estarem associados a algumas crenças, à exemplo da crença religiosa e da crença biológica, respectivamente, estas variáveis terão poder explicativo sobre o fenômeno do preconceito, que por sua vez desempenhará um efeito significativo sobre os comportamentos de exclusão.

## **CAPÍTULO 1**

---

### **ARTIGO 1 – Trajetória social da doença mental: uma história marcada por crenças, preconceito, percepção de ameaça e exclusão**

## **Trajетória social da doença mental: uma história marcada por crenças, preconceito, percepção de ameaça e exclusão<sup>2</sup>**

Esta seção é destinada a uma apresentação teórica dos constructos que serão abordados no decorrer deste trabalho. Este capítulo traz um breve levantamento da história da doença mental, além de introduzir as teorias, dentro da Psicologia Social, que dão sustentação ao estudo, a saber: crenças, preconceito e percepção de ameaça.

### **Relação da sociedade com a doença mental ao longo dos tempos**

A literatura que trata sobre a loucura descreve uma relação conflituosa entre a sociedade e as pessoas acometidas com algum transtorno de ordem mental. Desde a antiguidade, até os dias atuais, o discurso vinculado a doença mental é permeado por especulações e crenças acerca da sua etiologia (Maciel, Pereira, Lima, & Souza, 2015). Esses discursos guiam as relações e comportamento destinados a esse grupo, geralmente comportamentos discriminatórios e excludentes que refletem o preconceito do qual essas pessoas são alvo.

Ao longo dos séculos, os transtornos mentais ganharam explicações da filosofia, da religião e da ciência, se colocando como um desafio a ser compreendido e explicado. Deste modo, cada período histórico, acentuou as concepções e atitudes referentes a esse público, de acordo com os interesses políticos, sociais e econômicos de cada época (Foucault, 2012; Pessotti, 2004). As primeiras representações acerca da loucura/doença mental estavam ancoradas no saber mítico-religioso, considerando que divindades detinham total poder sobre a humanidade. Nesta perspectiva, as causas dos transtornos mentais eram atribuídas à entidades sobrenaturais e demônios, pecados e espíritos;

---

<sup>2</sup> Artigo teórico adaptado e publicado no Livro fruto dos trabalhos apresentados no IV Congresso Brasileiro de Saúde Mental e Dependência Química, realizado em 2017.

distanciando-as de desencadeadores orgânicos/internos e naturais (Serafim, Do Bú, Maciel, Santiago & Alexandre, 2017).

Na Antiguidade, o comportamento dos loucos não estava relacionado a doença e era mantido o convívio destes na sociedade. As crises e agitações eram frequentemente consideradas como manifestações de cunho sobrenatural (Pessotti, 1994). No entanto, muito embora houvesse a circulação livre dessas pessoas pelas ruas, comportamentos excludentes poderiam ser percebidos, principalmente nas famílias que possuíam condições econômicas favoráveis. Estas mantinham seus parentes que apresentassem algum desvio da norma longe dos olhares e julgamentos sociais, presos em suas residências.

Considerado um problema social, desde a antiguidade, onde são relatados casos de maus-tratos, violência, acorrentamento e prisão; a loucura não era percebida como um problema a ser resolvido pela comunidade, com responsabilidade estatal, mas sim como um problema privado ou familiar (Foucault, 2012).

Na obra clássica de Foucault (1960, 2012), *A História da Loucura*, o autor chama atenção para o percurso sócio-histórico que a loucura realizou ao longo dos séculos. É interessante observar os relatos existentes nas obras de grandes filósofos, como Homero, Ésquilo, Eurípedes, Hipócrates e Galeno que descrevem distintas formas de conceber e se relacionar com a loucura na antiguidade. É possível perceber através da descrição destes pensadores, uma atribuição causal da loucura que vai desde o misticismo, com atribuição dos comportamentos desviantes ao desejo ou castigo dos deuses, até a atribuição mais organicista como explicação para o fenômeno da loucura (Foucault, 2012).

A princípio, a desrazão, reponsável por fazer com que o indivíduo perdesse o contato com a realidade teve sua etiologia relacionada ao misticismo e se apresentava de

fácil reversibilidade, pois mudando o humor dos deuses a loucura e seus efeitos desapareceriam (Alessander & Selesnick, 1980). Nessa crença etiológica proposta por Homero percebe-se uma sutil responsabilização do homem por sua condição, uma vez que ele estaria sendo “punido” por algo que fez. Essa responsabilização se mantém por alguns anos posteriores seguindo os relatos de Esquilo e Eurípedes que associam a perda do controle e da razão a conflitos e contradições internas (Pessotti, 1994), afastando assim o caráter mítico e teológico até então presente como única explicação para esse fenômeno.

Porém, foi com Hipócrates que a crença organicista substituiu a atribuição mítico-teológica da doença mental. A loucura passou a ser considerada como consequência de um processo orgânico. Sua causa foi atribuída à localização e movimentação do cérebro no interior do corpo, ou ainda a um desequilíbrio humoral (Foucault, 2012; Pessotti, 1994). Os descontroles e os delírios eram concebidos pela medicina hipocrática apenas como sintomas da doença. Ao atribuir a loucura o *status* de doença, Hipócrates instalou uma definição clínica e etiológica (Sevalho, 1993). Posteriormente ainda, a doença começou a ser considerada por outros pensadores, como de natureza híbrida; ela seria orgânica, mas também psicológica. (Pessotti, 1994; Sevalho, 1993).

Ao fim da Antiguidade, início da Idade Média, sob a influência da nova ordem religiosa que surgia, o Cristianismo, a doença mental retoma de forma impactante os princípios míticos-teológicos para sua explicação ao ser considerada como um castigo recebido pelos pecados cometidos, uma possessão demoníaca ou a fuga da alma (Foucault, 2012). A crença nas questões espirituais, influenciadas pela religião, justificaram rituais de exorcismo, perseguição e, para os distúrbios mais graves, sob alegação de estarem possuídos por demônios, flagelação, aprisionamento por correntes e

morte na fogueira da Santa Inquisição (Foucault, 2012; Pessotti, 1994). Mesmo nesse período já existia um processo de exclusão social do doente mental e todos os esforços estavam voltados para a retirada destas pessoas do convívio social. Inicia-se então nesse período um processo mais evidente de perseguição e exclusão social que se estende até a Idade Moderna, que mesmo pautada por princípios racionalistas, onde as crenças nas questões espirituais foram sendo substituídas pela observação sistemática e a descrição das doenças mentais, contribuiu para práticas de exclusão e confinamento, que começaram a ser aplicadas sob a justificativa de que era preciso isolar para conhecer (Szasz, 1978).

Durante a Idade Moderna, por sua vez, marcada pela busca da produtividade e do lucro, os pobres e as pessoas com transtornos mentais passaram a ser percebidos como uma ameaça para a sociedade. O século XVI trouxe medidas de eliminação da população marginalizada, que não gerava lucro e ou perturbava a ordem social. Nesse contexto, os transtornos mentais passaram a ser associados à inadaptabilidade do sujeito ao processo de produção e a impossibilidade de integração social (Foucault, 2012). Impossibilitado do processo de produção, o doente mental rompeu com o controle social (Canova, 2011).

Considerados como uma ameaça a ordem social, o século seguinte, o século XVII foi marcado por um internamento em massa de pessoas com transtornos mentais. A doença mental ganhou seu espaço com a criação de instituições que, antes de apresentar um sentido médico e objetivar a cura, serviam como medida de repressão e exclusão, os Hospitais Gerais. A internação no século XVII é uma criação social institucionalizante com finalidade econômica e social. Os doentes mentais passaram a ser reclusos nos mesmos ambientes que criminosos e pessoas com doenças venéreas, formando assim laços de parentesco no imaginário social que persistem até os dias de

hoje, à exemplo da ideiação de que são pessoas perigosas e/ou que a loucura é passiva de contágio.

Percebe-se então que a origem das instituições asilares no século XVII são o ponto culminante do processo de exclusão da doença mental, concretizado pela reclusão das pessoas. (Foucault, 2012). Ainda nesse contexto, no século XVIII a Psiquiatria surge e se apropria da loucura, instituindo-se como ciência e única responsável por classificar os distúrbios mentais. Para Pessotti (1994), esse século é marcado pela valorização do conhecimento científico e um forte predomínio da visão organicista, onde os distúrbios no comportamento passaram a ser observados e considerados para o diagnóstico. A partir desse marco a reclusão hospitalar dos alienados passa a se justificar pela finalidade terapêutica e de tratamento médico-psiquiátrico (Maciel, 2007).

Múltiplas crenças: biologicistas (hereditariedade); psíquicas (afetiva e passional); contingenciais (traumas orgânico) e de ordem social, passaram a fazer parte da etiologia da alienação, que deixou de ser entendida como uma lesão anatômica e passou a ser considerada uma distorção do comportamento, um mais complexo e inerente a condição humana (Pessotti, 2001), demandando atenção que extrapola a corporeidade e alcança aspectos sociais e afetivos (Amarante, 2003).

Com a pretensa finalidade de compreensão do fenômeno da loucura, houve uma difusão dos manicômios e abuso das práticas repressivas. Os manicômios foram se estruturando como lugar de exclusão social, servindo de depósito humano, nos manicômios os doentes mentais eram usados muitas vezes como cobaias pela medicina (Pereira & Costa-Rosa, 2012).

Através da legitimação do discurso médico, a morte social do doente mental passou a ser justificada. Preso sob muitos rótulos, dentre eles o da improdutividade e da

periculosidade, o doente mental foi privado do contato social, e esses rótulos legitimaram crenças na sociedade que atenderam (e atendem) às necessidades de manutenção da dinâmica social (Santos, 2013). Aliando-se a instituições normatizadoras, a sociedade passou a exercer um controle social que garantia a ordem e o desenvolvimento da coletividade baseado na exclusão de grupos considerados improdutivos e marginalizados, entre eles, os doentes mentais.

Dentro da lógica organicista, o modelo biomédico se instalou definitivamente como paradigma norteador de condutas e o hospital psiquiátrico se apresentou como a única opção terapêutica possível para o doente mental (Wetzel, Kantorski, Olschowsky, Schneider & Camatta, 2011). Embora camuflada sob o discurso de necessidade terapêutica de cuidados, a internação no hospital psiquiátrico institucionalizou necessidades da sociedade, rejeitando, segregando, punindo e invalidando o indivíduo que não se encaixa nos padrões de produção. (Amarante, 2003).

O isolamento social da loucura por meio da institucionalização permitiu não apenas o recolhimento dos indivíduos em espaços restritos, mas também permitiu o controle dos seus menores movimentos. A Psiquiatria nesse contexto, passa a ser entendida como uma ciência política, pois responde a um problema social e governamental, uma vez que se apropria de indivíduos considerados como uma ameaça as regras destinadas a organização da sociedade, viola as leis e está impossibilitado de participar do processo de produção (Canova, 2011).

No entanto, diante da grande incidência de práticas abusivas tomadas pela psiquiatria, diversos movimentos políticos, à exemplo da Declaração de Caracas (Opas, 1990), que reivindicava condições sociais mais igualitárias e humanas para os doentes mentais surgiram, fazendo eclodir movimentos sociais denominados como anti-psiquiátricos. Reivindicações por um tratamento mais humanizado e inclusivo se

multiplicaram através de movimentos denominados reformistas. Projetos de intervenção psiquiátrica surgiram mundialmente (Cirillo, 2006; Maciel, 2007). Tais movimentos propunham a desconstrução do aparato asilar e a desinstitucionalização, promovendo a inserção social do doente mental.

Os hospitais psiquiátricos se tornaram alvo de discussão e os pacientes psiquiátricos passaram a ser vistos como portadores de necessidades que ultrapassam o domínio da medicina. Inagou-se então uma revolução na forma de tratar, dando início a chamada Reforma Psiquiátrica (Fleming, 1976). Os movimentos de reforma da psiquiatria sugerem que, além de uma modificação estrutural de atendimento, é necessária uma mudança conceitual sobre os usuários dos serviços de saúde mental, propondo que seja lançado um novo olhar sobre a temática da doença mental (Rotelli, 1994).

A proposta de um novo tratamento voltado para a saúde mental, com ênfase na reinserção das pessoas com transtornos mentais, significa a busca da extinção do modelo asilar e modificações na forma de abordar e conceituar a doença mental, pois o foco da atenção deixa de ser a doença e passa a vigorar um modelo de atenção global à saúde, o que desemboca na formulação de políticas públicas, criação de novos serviços e novas práticas profissionais para o atendimento dessa população (Patriota, Eulálio, Lima & Silva, 2010).

No Brasil, o movimento de reforma na saúde mental tem seu marco com a aprovação da Lei 10.216/2001, popularmente conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. A Reforma psiquiátrica objetivou normatizar e reorientar o modelo assistencial à saúde mental, garantindo a redução de leitos hospitalares e uma transição segura para serviços substitutivos e de base comunitária.

O novo modelo de assistência em saúde mental faz emergir uma nova realidade social proposta pela Reforma Psiquiátrica, pois com a reestruturação dos serviços, que antes eram baseados na reclusão (hospitais), passam a ser serviços de base comunitária (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Centros de Convivência e Residências terapêuticas), alterando na relação entre pessoas com transtornos mentais e a sociedade, haja vista que o usuário que antes era mantido isolado, ou até mesmo abandonado em um hospital psiquiátrico, agora passa a circular livre pelas ruas e, como preconiza a Reforma, faz uso de dispositivos comunitários (à exemplo de praças, igrejas, centros de convivência, associações e outros) que antes eram comuns apenas aos ditos normais. Com o advento das políticas reformistas as pessoas categorizadas como doentes mentais passam a ser concebidas como cidadãs portadoras dos mesmos direitos que o cidadão considerado normal, devendo-se então respeitar os seus direitos, e nesse contexto histórico de exclusão, destaca-se o direito a liberdade e igualdade.

Diante da construção histórica da doença mental é possível perceber como as transformações ideológicas e práticas que permeiam a relação da sociedade com os doentes mentais é modificada pelas crenças que estão atreladas a essas pessoas. Esse resgate histórico é, segundo Oliveira, Lima, Silva, Oliveira e Alves (2011), necessário pois permite uma melhor compreensão de como estas crenças estão depositadas na atualidade e de como elas influenciam as atitudes direcionadas aos doentes mentais e o processo de inclusão/exclusão dessas pessoas.

### **Crenças acerca dos transtornos mentais<sup>3</sup>**

Mesmo considerando que avanços sociais ocorreram no campo da saúde mental, com a aprovação de leis (Lei 10.216/20001), que balizam e fiscalizam o atendimento as

---

<sup>3</sup> Texto adaptado e publicado em Maciel, S.C. & Fonsêca, P.N. (Orgs.). (2019), sob o título “Crenças, percepção de ameaça e preconceito: impacto na inclusão social das pessoas com transtornos mentais”.

peessoas com transtornos mentais afim de garantir a efetivação dos direitos para essas pessoas - fruto da Reforma Psiquiátrica - ainda hoje existe uma atmosfera perceptivelmente insatisfatória em relação a esses sujeitos (Maciel, 2017).

Crenças estereotipadas e sentimentos desfavoráveis em relação pessoas com transtornos mentais ainda são comuns, como por exemplo, a imagem de que essas pessoas seriam “incontroláveis”, “imprevisíveis” e “agressivas”. Segundo Foucault (2012), essas crenças estão disseminadas na sociedade e se ancoram em anos de exclusão, que marcaram a história da saúde mental e que era objetivada através das rotulações, maus-tratos e confinamentos nos manicômios.

Na Psicologia, as crenças se destacam por relacionar-se com os demais processos psicológicos, influenciando as tomadas de decisões e orientando as condutas sociais. As crenças estão presentes na experiência humana e estão associadas a aceitação subjetiva na medida em que influenciam de maneira inconsciente as práticas sociais (Kruger, 2013).

Consideradas como um elemento cognitivo, as crenças têm sua origem na experiência pessoal, que pode ser interna (as experiências que resultam do processo de memória e imaginação) e externa (as experiências provenientes das percepções e sensações) e estão em contínuo processo de formação, onde as novas crenças vão se relacionando com as crenças já armazenadas na memória (Kruger, 2013). As crenças permitem que a realidade experimentada seja interpretada ao mesmo tempo que serve como orientadora para conduta que promova o ajustamento pessoal as situações apresentadas.

Dito isto, as crenças produzem consequências na afetividade, na conduta, no comportamento e na personalidade do sujeito (Kruger, 2013). Portanto, as crenças acerca da natureza de um determinado grupo social podem determinar o preconceito e a

discriminação direcionadas a esses grupos. Pereira, Torres, Falcão e Pereira (2013) apontam que as crenças sobre a natureza dos grupos sociais estão na base do preconceito e da discriminação contra os mesmos e, sendo assim, a análise das crenças é fundamental porque as representações sobre a natureza dos grupos sociais funcionam como princípios organizadores que não apenas alicerçam, mas também motivam a expressão de preconceito e de discriminação (Pereira, Pereira, & Monteiro, 2016).

De maior importância é o impacto que a adesão de determinadas crenças tem nas atitudes frente as pessoas com transtornos mentais. Acerca disto, Pescosolido, Martin, Long, Medina, Phelan e Link (2010) analisaram a relação entre as crenças sobre a doença mental e o processo de distanciamento social e observaram que as crenças sobre a origem da doença mental estão relacionadas com uma maior distância social e conseqüentemente, uma maior tendência a exclusão.

O fato de na atualidade as pessoas cometidas por transtornos mentais, ainda serem concebidas como perigosas e imprevisíveis suscita reflexões sobre as crenças que embasam essa concepção e demonstra a relevância em identificar as várias crenças atreladas a esses transtornos, uma vez que as pesquisas que tratam da temática do preconceito sofrido pelas pessoas com transtornos mentais graves têm confirmado que ele é influenciado pelas crenças que os indivíduos possuem acerca da etiologia da doença mental, seja ela biológica, psicológica ou religiosas (Angermeyer et al., 2011; Maciel, Pereira, Lima, Souza & Vieira, 2017; Read, Haslam, Sayce & Davies, 2006).

Nos dias atuais percebe-se uma multiplicidade de atribuições a etiologia dos transtornos mentais, todas com raízes nas representações construídas historicamente, e já relatadas anteriormente. Historicamente é possível constatar três grandes explicações sobre a natureza da doença mental: uma ligada a crença religiosa, sobrenatural (presente na antiguidade e na Idade Média), uma segunda crença voltada para o biologicismo (que

aponta com o desenvolvimento da medicina hipocrática e é retomada na Idade Moderna, com a ascensão do mercantilismo), e a terceira crença, ligada a fatores psíquicos (que é levantada por Galeno na antiguidade, mas que ganha espaço na modernidade quando o sujeito, através das ideias difundidas pela Psicanálise, é considerado em sua subjetividade, dando destaque para as tensões e os conflitos internos). Diversos estudos (Angermeyer et al., 2011; Maciel, et al., 2017; Read, et al., 2006) têm demonstrado que as pessoas recorrem a estas e outras crenças, em maior ou menor grau, para explicar diferentes transtornos mentais.

Maciel (2007), em um estudo sobre as representações sobre o doente mental, verificou que 80% dos profissionais da rede de saúde mental atribuíam as causas do transtorno mental ao fator orgânico-hereditário, 52% as questões sociais, 48% psíquicas, 44% familiares e 28% causas multifatoriais. Nessa mesma pesquisa a autora revelou que familiares de pessoas com transtornos mentais, diferindo dos profissionais, atribuíam causas majoritariamente relacionadas a elementos psíquicos (67% dos sujeitos), à exemplo de: trauma na infância, preocupações, problemas emocionais, dentre outros, assim como atribuíam a causas orgânico-hereditárias (58%), fatores sociais (29%) e espirituais (13%).

Em um estudo desenvolvido por Link, Phelan, Bresnahan, Stueve e Pescosolido (1999), os participantes também atribuíam causas variadas para a esquizofrenia: fatores estressantes (90%), desequilíbrio químico (84,6%), fatores hereditários (67%), a forma como a pessoa foi criada (45%), falta de caráter (32,8%) e vontade de Deus (17%). Outro estudo, realizado nos EUA, Austrália e Alemanha, por Angermeyer et al., (2011), apontou que nas últimas décadas existe um aumento da crença na causa biológica da doença mental. Por sua vez, Gureje, Olley, Oluwanuga e Kola (2006), em um estudo desenvolvido na Nigéria, verificaram que 84,6% dos participantes atribuíam fatores

biopsicossociais como causa da doença mental, enquanto 15,4% atribuíam causas mítico-religiosas. Estes autores ainda constataram atitudes predominantemente negativas acerca da doença mental.

Em comum os estudos (Angermeyer et al., 2011; Gureje, Olley, Oluwanuga & Kola, 2006; Link, Phelan, Bresnahan, Stueve & Pescosolido, 1999) sobre o tema afirmam que a etiologia da doença mental está associada a atitudes mais positivas ou negativas, a depender da crença atribuída. Mesmo considerando esse fato, a relação entre as crenças causais dos transtornos mentais e o preconceito é ainda pouco pesquisada. Observa-se assim a necessidade de investigar quais crenças causais sobre a doença mental estão relacionadas tanto ao preconceito frente as pessoas com transtornos mentais quanto aos processos de exclusão social. Uma vez que as crenças, como afirmam Read et al. (2006) e Pescosolido et al (2010), servem de base para atitudes e comportamentos de distanciamento e percepção de ameaça frente ao doente mental. Neste sentido, esse trabalho pode contribuir para a compreensão das crenças que estão atreladas a comportamentos negativos e preconceituosos e que motivam a exclusão destas pessoas.

### **Preconceito, percepção de ameaça e exclusão**

Entendido por Allport (1962), como uma atitude hostil contra um indivíduo simplesmente por ele pertencer a um grupo desvalorizado socialmente, onde se presume que ele possua as qualidades desagradáveis desse grupo, o preconceito atinge diversos públicos (e.g., preconceito contra as mulheres, contra os homossexuais, contra os idosos, preconceito contra pessoas com deficiências físicas e/ou mentais, etc.) (Lima, 2013).

Preconceitos são atitudes e como tal são formadas por julgamentos antecipados compostos por componentes cognitivos (crenças e estereótipos), componentes afetivos (antipatias e aversões) e componentes disposicionais (tendência para discriminação) (Festinger, 1954).

As atuais definições do preconceito baseiam-se em Allport e refletem uma forte influência da cognição social, uma vez que concebem o fenômeno do preconceito como um erro cognitivo que: a) orienta de maneira negativa a relação entre membros de grupos distintos e b) que gera aversão não justificada, irracional e inflexível.

Corroborando com essa premissa, Lima (2013) propõe alguns elementos que são comuns ao preconceito destinado a diversos grupos minoritários. Segundo esse autor, o preconceito é permeado por: a) uma ênfase nas diferenças grupais e consequente hierarquização dos grupos; b) sentimentos de antipatia pelo outro pelo simples fato de pertencer a um determinado grupo; c) homogeneização dos membros do grupo alvo de preconceito, considerando como se todos fossem iguais e; d) uma resistência social e cognitiva de conceber qualquer evidência favorável ao exogrupo, tornando resistente as crenças e expectativas negativas em relação ao alvo do preconceito.

Alguns autores como Camino, Silva, Machado e Pereira (2001); Pereira e Vala (2011) irão entender o preconceito como uma atitude estratégica dentro das relações intergrupais, com a finalidade de manter a posição social dos grupos. Entendido por esta perspectiva, o preconceito é um fenômeno decorrente das relações assimétricas de poder entre os grupos, onde através da idealização do endogrupo legitimam uma concepção negativa sobre o exogrupo; culminando por refletir as normas de pertencimento grupal em detrimento a experiência social dos indivíduos.

Nas sociedades modernas, a cultura do consumo e da busca por *status* e legitimação das hierarquias sociais, faz com que aqueles que não alcançam o nível de

existência material que é proposto seja percebido como uma ameaça. Desta forma, segundo Allport (1962), o preconceito contra muitos grupos ganha proeminência ao se considerar os seus aspectos culturais e históricos, pois o preconceito contra muitos grupos decorreria do fato de eles serem percebidos como economicamente mal sucedidos, tal como ocorreu com as pessoas com transtornos mentais no início da Era moderna e a ascensão do mercantilismo.

Na atualidade, em se tratando das pessoas com transtornos mentais, estas não são percebidas como uma ameaça cultural ou econômica, mas sim uma ameaça à integridade física das pessoas consideradas “normais”, posto que historicamente aqueles tiveram sua imagem atrelada a imprevisibilidade e periculosidade. Desta maneira, as representações imagéticas difundidas sóciohistoricamente é de que as pessoas com transtornos mentais são incapazes, agressivas, imprevisíveis e pervertidas sexualmente. Tais representações acabam por justificar a rejeição a qualquer tipo de relação com estas pessoas, promovendo discriminação e exclusão (Angermeyer, et al., 2011; Maciel, 2007).

Considerando o preconceito por um prisma dialético, é possível afirmar que ele se desenvolve no interior dos processos de exclusão social e se modifica junto com estes, podendo ser considerado como uma forma de relação intergrupar onde, no quadro das relações de dominação entre grupos, desenvolve-se e expressa-se atitudes negativas e comportamentos discriminatórios frente a membros de um grupo, pelo fato de pertencerem a esse grupo (Camino, Silva, Machado & Pereira, 2001).

No caso específico dos doentes mentais, o preconceito e o estigma trazem consequências extremamente negativas para este grupo. De um modo geral, as pessoas têm uma maior tendência a desaprovarem o doente mental, em comparação com aquelas com doenças físicas, pois além de atribuírem maior responsabilidade aos doentes

mentais por sua condição (Rusch, Angermeyer, & Corrigan, 2005), considera-os como uma ameaça, uma vez que associam doença mental a imprevisibilidade.

Objetivamente, a percepção de ameaça é um fator central que pode ser usado como uma justificativa para a discriminação (Stephan & Stephan, 2000). Desta forma, ao perceberem o doente mental como uma ameaça, essa percepção acaba por atuar no processo de exclusão destas pessoas.

Stephan e Stephan (2000) descreveram um modelo, denominado *Integrated Threat Theory of Prejudice*, no qual os autores propõem que a percepção de ameaça influencia o preconceito e este atua como a causa da discriminação. Os autores propõem quatro tipos de ameaça que podem explicar a existência do preconceito: a ameaça realística (seja a ameaça real ou não, mas que se coloca como ameaça à existência do grupo, seus recursos ou seu poder econômico e político, ou seja, conflito por recursos escassos); a ameaça simbólica (ameaça aos valores, crenças, normas e padrões do grupo); a ansiedade intergrupar (ansiedade produzida pela possibilidade de estabelecer contato com membros de outros grupos diferentes do endogrupo); os estereótipos negativos (estereótipos que fazem emergir expectativas negativas de interação). Estas percepções de ameaça e as respectivas respostas comportamentais face ao *outgroup* emergem com base na relação entre diferentes grupos, que no caso do doente mental é reforçado pelas questões apontadas no curso das relações que se estabeleceram com a pretensa finalidade de cuidados - de tratamento - mas que na verdade isolou o doente mental sob as grades das instituições asilares, criando e reforçando a representação de pessoas imprevisíveis, descontroladas e perigosas, que ameaçam a integridade física e que portanto, gera o medo que é ressignificado pelo desejo do distanciamento social. Visto por este prisma, o preconceito já não seria a única variável responsável pela

discriminação, mas sim o sentimento de ameaça realista a causa de comportamentos discriminatórios.

Embora os estudos que abordam a relação entre a percepção de ameaça e preconceito apresentem resultados distintos: alguns estudos mostraram correlações positivas entre a ameaça e o preconceito (Pereira, Vala & Costa-Lopes, 2010; Stephan et al., 2002), enquanto outros mostram que a ameaça realista não pode ser considerada como preditora significativa do preconceito (e.g., Stephan, Renfro, Esses, Stephan, & Martin, 2005).

Diante da base teórica e dos resultados, ainda que variados, dos estudos publicados sobre o tema, ainda assim é possível afirmar que a ameaça realista apresenta alguma relação com o preconceito e os processos discriminatórios. De fato, estudos desenvolvidos por Pereira, Vala e Costa-Lopes (2010) atestam o papel da ameaça realista como mediador da relação entre preconceito e discriminação.

Para Pereira, Vala e Costa-Lopes (2010), a discriminação precisa ser justificada com argumentos percebidos como não preconceituosos. O Modelo de Discriminação Justificada (MDJ) prevê que quanto mais forte o preconceito, mais motivadas as pessoas estão para usar mitos legitimadores para discriminar, e quanto mais recorrem aos mitos legitimadores, mais dispostas estão para discriminar, sendo então as justificativas um mediador na relação entre preconceito e discriminação.

Neste sentido, é possível entender que mesmo diante de novas políticas voltadas ao doente mental, com tentativas de inclusão social o processo discriminatório direcionado a esse público se mantém de forma tão disseminada. Baseado nos mitos legitimadores de que essas pessoas são perigosas, imprevisíveis e que representam uma ameaça, o ato discriminatório é justificado. O preconceito é legitimado pois o discurso

atrelado a ele pode ser percebido como não preconceituoso, entendido como uma preocupação legítima de autopreservação.

### **Considerações finais**

Diante do exposto, é possível considerar que as transformações ideológicas relativas a doença mental e que as crenças socialmente compartilhadas podem nortear práticas discriminatórias que mantêm o doente mental à margem da sociedade e reforçam o processo de exclusão social dessas pessoas. Refletir sobre o processo histórico que norteou (e norteia) a relação da sociedade com essas pessoas e como as crenças, o preconceito e a percepção de ameaça influenciam a maneira de cada sujeito, se direcionar as pessoas com transtornos mentais, nos coloca em um processo de compreensão sobre essa temática e nos permite reforçar ou dirimir a exclusão social que essas pessoas vivenciam.

### **Referências**

- Allport, G. W. (1962). *La naturaleza del prejuicio*. Buenos Aires: Eudeba.
- Alessander, F., & Selesnick, S. (1980). *História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente*. São Paulo, IBRASA.
- Amarante, P. (2003). *Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação a distância*. Rio de Janeiro: Fiocruz / Fiotec.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G. & Schomerus, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of

- population studies. *The British Journal of Psychiatry*, 199(5), 367–372. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.085563.
- Camino, L., Silva, P., Machado, A., & Pereira, C. (2001). A face oculta do racismo no Brasil: uma análise psicossociológica. *Revista de Psicologia Política*, 1(1), 13-36.
- Cirilo, L. S. (2006). Novos Tempos: Saúde Mental, CAPS e Cidadania nos discursos de usuários e familiares. (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande - PB.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 2, 117-140.
- Fleming, M. (1976). Ideologia e práticas psiquiátricas. Porto: Afrontamento.
- Foucault, M. (1960/2012). História da loucura (9ª ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Gureje, O., Olley, B. O., Oluwanuga, O. E., & Kola, L. (2006). Do beliefs about causation influence attitudes to mental illness? *World Psychiatry*, 5(2), 104-107.
- Kruger, H. (2013). Ideologias, sistemas de crenças e atitudes. In L. Camino, A. R. R., Torres, M. E. O., Lima & M. E. Pereira (Orgs.), *Psicologia social: temas e teorias* (pp. 261-308). Brasília: Technopolitik.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328-1333. doi:10.2105/AJPH.89.9.1328
- Lima, M. E. O., (2013). Preconceito. In L. Camino, A. R. R., Torres, M. E. O., Lima & M. E. Pereira (Orgs.), *Psicologia social: temas e teorias* (pp. 587-539). Brasília: Technopolitik.
- Maciel, S., Pereira, C., Lima, T., Souza, L., Camino, L., Silva, G. L. S. (2019). Social Exclusion of People Who Suffer from Mental Disorders: A Proposal for an

- Explanatory Model. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 29, e2915. Epub June 06, 2019.doi: 10.1590/1982-4327e2915
- Maciel, S., Vieira, G. L. S., Sousa, P.F., Lima, M.E.O., Ribeiro, J.L.P. (2019). Percepção de ameaça e preconceito: impactos no tratamento e na inclusão social das pessoas com transtornos mentais. In Maciel, S. C. & Fonsêca, P. N (Orgs.), *Psicologia Social: vertentes e perspectivas*. (pp. 79-101). João Pessoa: Editora UFPB.
- Maciel, S. C., Pereira, C. R., Lima, T. J. S., & Souza, L. E. C. (2015). Desenvolvimento e Validação da Escala de Crenças sobre a Doença Mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(3), 463-473. doi: 10.1590/1678-7153.201528305
- Maciel, S. C. (2007). Exclusão/Inclusão Social do Doente Mental/Louco: Representações e Práticas no Contexto da Reforma Psiquiátrica. (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB.
- Oliveira, R. M., Lima, A. E. S., Silva, D. G., Oliveira, M. D. F., Alves, K S M. (2011). Visão dos acadêmicos de enfermagem em relação ao cliente portador de transtorno mental. *Revista Cadernos de Ciência e Saúde*, 1, (75-85).
- Patriota, L. M., Eulálio, M. C., Lima, G. S., & Silva, M. D. (2010). A saúde mental na formação do Curso de Serviço Social. *Textos & Contextos*, 9(1), 55 - 65.
- Pereira, E. C., & Costa-Rosa, A. (2012). Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 1035-1043.
- Pereira, A., Pereira, C. R., & Monteiro, M. B. (2016). Normative pressure to reduce prejudice against homosexuals: The buffering role of beliefs about the nature of homosexuality. *Personality and Individual Differences*, 96, 88-99. doi:10.1016/j.paid.2016.02.042

- Pereira, C. R., Torres, A. R., Falcão, L., & Pereira, A. S. (2013). O Papel de Representações Sociais sobre a Natureza da Homossexualidade na Oposição ao Casamento Civil e à Adoção por Famílias Homoafetivas. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 29(1), 79-89. doi: 10.1590/S0102-37722013000100010
- Pereira, C. R., & Vala, J. (2011). A legitimação da discriminação em diferentes contextos normativos. In E. M. Techio & M. E. O. Lima (Eds.), *Cultura e produção das diferenças: Estereótipos e preconceito no Brasil, Espanha e Portugal* (pp. 363-404). Brasília: Technopolitik.
- Pereira, C. R., Vala, J., & Costa-Lopes, R. (2010). From prejudice to discrimination: The legitimizing role of perceived threat in discrimination against immigrants. *European Journal of Social Psychology*, 40, 1231-1250.
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). A disease like any other? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 16, 1321–1330. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09121743
- Pessotti, I. (1994). *A loucura e as épocas* (2ª ed.). São Paulo: Editora 34.
- 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), pp. 303–318. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x
- Rusch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539. doi: 10.1016/j.jbtep.2015.09.007
- Rotelli, F. (1994). Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In P. Amarante (Org.), *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (pp. 149-169). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Santos, T. P. M. (2013). Loucura concreta e loucura rústica: ensaio sobre a imagem do diferente na contemporaneidade. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 5(11), 26-43. ISSN 1984-2147.
- Serafim, R. N. S., Do 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 e Doenças*, 18(1), 2017, 221-233. ISSN 1645-0086.
- Sevalho, G. (1993). Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. *Caderno de Saúde Pública*, 9(3), 343–363.
- Stephan, W. G., & Stephan, C. W. (2000). An integrated threat theory of prejudice. In S. Oskamp (Ed.), *Reducing prejudice and discrimination* (pp. 23-45). Mahwah, NJ.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stephan, W. G., Boniecki, K. A., Ybarra, O., Bettencourt, A., Ervin, K. S., Jackson, L. A., ... Renfro, C. L. (2002). The role of threats in the racial attitudes of blacks and whites. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(9), 1242-1254.
- Stephan, W. G., Renfro, C. L., Esses, V. M., Stephan, C. W., & Martin, T. (2005). The effects of feeling threatened on attitudes toward immigrants. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(1), 1-19.
- Szasz, T. S. (1978). *A Fabricação da Loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Wetzel C., Kantorski, L. P., Olschowsky, A., Schneider, J. F., & Camatta, M. W. (2011). Dimensões de um objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2133-214

## **CAPÍTULO 2**

---

---

### **ARTIGO 2 - Discursos Justificadores do Preconceito e da Exclusão Social dos Doentes Mentais**

## **DISCURSOS JUSTIFICADORES DO PRECONCEITO E DA EXCLUSÃO SOCIAL DOS DOENTES MENTAIS<sup>4</sup>**

### **RESUMO**

O preconceito frente aos doentes mentais está ainda presente na contemporaneidade. Para compreender o processo de exclusão social dessa população, é fundamental apreender as justificativas apresentadas para a manutenção ou rejeição do contato com as pessoas com transtorno mental, tendo em vista as atuais normas inclusivas difundidas no meio social. Participaram desta pesquisa 171 universitários de cursos de humanas e saúde do estado da Paraíba, os quais responderam a Escala de Preconceito frente ao Doente Mental (Maciel et al., 2017). Os participantes indicavam o nível de incômodo, numa escala do tipo Likert de 5 pontos, para cada contexto descrito nos 9 itens da escala e, em seguida, justificavam, de maneira discursiva, suas respostas. Para análise dos dados da escala, foram realizadas estatísticas descritivas com o auxílio do software SPSS, e para análise das justificativas, foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin. Os resultados revelaram que o preconceito frente ao doente mental persiste e é revelado pelo distanciamento nas relações sociais, justificado pela percepção de que o portador de transtorno mental representa uma ameaça, uma vez que é considerado imprevisível, perigoso e incapaz. Os resultados ainda evidenciam a necessidade de estudos futuros que busquem investigar a percepção de ameaça relacionada aos portadores de transtornos mentais, bem como as crenças atreladas a ela, que parece sustentar a exclusão social destes, mesmo numa sociedade que preconiza normas inclusivas, e considera os preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Palavras-Chave: Doentes mentais; Preconceito; Discursos justificadores; Exclusão social.

---

<sup>4</sup> Artigo submetido a Revista Psicologia e Saber Social em 30 de outubro de 2017.

## **JUSTIFYING DISCOURSE OF PREJUDICE AND SOCIAL EXCLUSION OF PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS**

### **ABSTRACT**

The prejudice towards people with mental disorders is still something present nowadays. To comprehend the social exclusion process of this population, it is fundamental understand the reasons used by people to maintain or reject the contact with people with mental disorders, considering of the current inclusive norms disseminated in the social environment. In this research, 171 University students of humanities and health courses of the state of Paraíba participated. They answered the Prejudice Towards People With Mental Disorders Scale, Maciel et al. (2017). The participants indicated the discomfort level on a Likert-type scale of five points, to each context described in the nine items of the scale and then, in a discursive manner, justified their answers. For the analysis of the scale data, descriptive statistics were runned in the SPSS software, and for the analysis of the justifications answers, the Thematic Content Analysis proposed by Bardin was used. The results have shown that the prejudice towards people with mental disorders persists and it is revealed by a distancing in the social relations, justified by the perception that the person with mental disorders is considered a threat because they are unpredictable, dangerous and incapable. The results also highlighted the need for future studies that investigate the threat perception related to people with mental disorders, as well as the beliefs related to them, which seems to support their social exclusion even in a society that defends inclusive norms and considers the precepts of the Psychiatric Reform.

**Keywords:** People with mental disorders, prejudice, justifying discourse, social exclusion.

## **Introdução**

Atualmente, as novas políticas de saúde mental, ancoradas na Reforma Psiquiátrica, defendem tratamentos mais humanizados, de base comunitária, que promovam a inclusão social dos portadores de transtornos mentais. Contudo, apesar dos progressos resultantes das políticas da saúde mental no Brasil e no mundo, com legislações avançadas que preconizam uma rede de saúde substitutiva à hospitalização e à biologização, no tocante aos tratamentos, os portadores de transtornos mentais ainda enfrentam muitas dificuldades. Esta população, além de conviver com os desafios impostos pelos sintomas inerentes à sua condição, sofrem os efeitos das crenças, dos estereótipos negativos e do preconceito disseminados na sociedade e dos quais foram alvos ao longo dos séculos. (Bouhleb *et al.*, 2013; Sanches, 2012)

As políticas vigentes ainda não foram capazes de combater o preconceito e a exclusão social dos portadores de transtornos mentais, pois mesmo diante da existência e da propagação de valores que fundamentam leis e normas sociais com a finalidade de findar a discriminação contra grupos minoritários e promover a inclusão social, estão presentes na sociedade crenças e estereótipos que promovem o inverso, ou seja, o preconceito, motivando comportamentos excludentes e discriminatórios. (Dabby, Tranulis & Kirmayer, 2015; Jiwon & Chasteen, 2016; Pearson, 2014; Sousa, Maciel, Medeiros & Vieira, 2016)

Os estereótipos e as crenças negativas compartilhadas socialmente acerca dos portadores de transtornos mentais foram objetivadas em anos de marginalização e de exclusão social, influenciadas pela história da psiquiatria, como destaca Foucault (1972/2012), a qual serviu de âncora para a profusão do preconceito contra essas pessoas, constituindo um obstáculo ao bem-estar, à recuperação, à inclusão social, bem

como a não efetivação da política reformista. Mais especificamente, os portadores de transtornos mentais foram representadas como perigosos, imprevisíveis e incapazes ao longo dos anos. Essas representações permanecem e repercutem até hoje, atuando como base para comportamentos marcados pela distanciamento social e pela rejeição a intimidade com os portadores de transtornos mentais, respaldando o preconceito e atos discriminatórios (Angermeyer, Matschinger, Carta & Schomerus, 2014; Maciel, Barros, Camino & Melo, 2011; Melo, 2017; Pescosolido *et al.*, 2010).

Allport (1962) conceituou o preconceito como uma atitude hostil contra um indivíduo simplesmente por ele pertencer a um grupo desvalorizado socialmente, em que se presume que ele possua as características desagradáveis desse grupo. Preconceito consiste, portanto, em uma atitude e, conseqüentemente, é formado por julgamentos antecipados compostos por elementos cognitivos (crenças e estereótipos), afetivos (antipatias e aversões) e disposicionais (tendência para discriminação).

O preconceito e os comportamentos discriminatórios são amplos e envolvem relações assimétricas de poder entre os grupos sociais. Camino, Silva e Machado (2004) definem o preconceito como uma forma de relação intergrupar, que nas relações de poder entre os grupos desenvolvem-se e expressam-se em atitudes negativas e depreciativas, além de comportamentos hostis e discriminatórios em relação aos membros do exogrupo. Na base do preconceito estão os estereótipos e as crenças, as quais podem ser consideradas como estruturas disseminadas entre os grupos sociais que legitimam seu poder enquanto elementos centrais na organização da dimensão cognitiva e nas atitudes das pessoas (Pereira, França, Torres, Lima & Pereira, 2015).

De acordo com o Modelo da Discriminação Justificada (MDJ) desenvolvido por Pereira e Vala (2011), os atores sociais lançam mão dos estereótipos e das crenças difundidos na sociedade para justificar e legitimar o preconceito e a discriminação

social. Logo, o MDJ propõe que a relação entre preconceito e discriminação é mediada por fatores justificadores da discriminação, em que as pessoas, diante das pressões das legislações antipreconceito e das normas sociais vigentes, desenvolvem estratégias para permitir a ação discriminatória sem que sejam “socialmente condenados”.

Segundo o MDJ, as pessoas necessitam legitimar o seu comportamento discriminatório, pois nas sociedades democráticas, balizadas pelos princípios da organização social, da igualdade, da liberdade e da garantia do exercício dos direitos pelos cidadãos; o preconceito e a discriminação precisam ser justificadas com argumentos não preconceituosos, agindo para que sua ação discriminatória seja percebida como justa e legítima (Pereira, Vala & Costa-Lopes, 2010; Pereira & Vala, 2011).

No que se refere aos portadores de transtornos mentais, ainda se mantém uma atmosfera de insatisfação em relação ao contato social com essas pessoas, o que resulta em distanciamento e consequente exclusão social baseados em estereótipos negativos e crenças que justificam comportamentos discriminatórios até os dias atuais (Lund & Boggero, 2014, Melo, 2017). Percebe-se que o preconceito ainda é flagrante frente as pessoas com transtornos mentais pois mesmo diante das políticas inclusivas e das normas antipreconceito, ele está ancorado na percepção de uma ameaça real. Tal afirmação é evidenciada em um estudo recente desenvolvido por Melo (2017), em que a autora demonstra que o preconceito flagrante é presente na sociedade e que pode ser manifestado tanto por meio da percepção de ameaça (baseada na concepção de perigo e de imprevisibilidade atribuída a esse público), como pela rejeição as relações de intimidade (sejam essas relações mais próximas ou distantes, nomeadas pela autora como, diretas e indiretas, respectivamente). A rejeição e oposição ao contato com pessoas transtornos mentais também foi evidenciado no clássico estudo de Jodelet

(2005) e em pesquisas de Nee e Witt (2013) e Pescosolido (2013) sobre percepção de risco e os estereótipos de periculosidade.

Diante desses achados, defende-se que há a necessidade das pessoas usarem estereótipos e crenças de cunhos negativos acerca dos portadores de transtornos mentais, vinculados à percepção de ameaça e aos fatores de imprevisibilidade, agressividade e, em alguns casos, incapacidade de convívio social, para embasarem e justificarem o preconceito flagrante e a discriminação frente a essa população. Os discursos que justificam a discriminação estarão presentes, considerando o que é posto pelo MDJ, ancorados em estereótipos essencialistas e na percepção de ameaça, mesmo quando a atual política da saúde mental considera os portadores de transtornos mentais como sujeitos de direitos e preconiza a inclusão através de leis garantidoras da circulação livre na comunidade e a manutenção de vínculos socioeconômicos e afetivos.

Assim, este trabalho possui o objetivo de identificar o nível de preconceito frente ao portador de transtorno mental, além de analisar as justificativas apresentadas para as situações de contato/intimidade, visando verificar se há aceitação ou rejeição e em que as justificativas estão ancoradas.

## **Método**

### *Tipo de Estudo*

Trata-se de um estudo do tipo não experimental, de campo e de caráter descritivo, no qual foi utilizada abordagem mista, uma vez que se incorporaram as abordagens qualitativa e quantitativa na identificação do problema, na coleta de dados e nas análises (Flick, 2009).

### *Participantes*

Participaram 171 universitários de instituições públicas e privadas do estado da Paraíba, sendo 82,5% (n=141) do sexo feminino. A amostra, não probabilística e de conveniência, abarcou cursos das áreas das ciências humanas e da saúde, distribuídos entre os seguintes cursos: Enfermagem (25,1%; n=43), Medicina (12,3%; n=21), Psicologia (25,1%; n=43), Serviço social (15,8%; n=27), Terapia Ocupacional (21,6%; n=37). A escolha destes cursos se deu em função de que são estas as especialidades que fazem parte dos profissionais que compõem a Rede de Atenção à Saúde Mental. Importante, portanto, conhecer a visão que os futuros profissionais da Saúde Mental têm acerca dos portadores de transtornos mentais.

### *Instrumentos*

Foram utilizados questionário sociodemográfico a fim de obter o perfil da amostra, com questões que versaram sobre o sexo, o curso de formação e a Escala de Preconceito frente ao Doente Mental (Maciel, Pereira, Lima, Souza & Vieira, 2017).

A Escala de Preconceito frente ao Doente Mental é instrumento adaptado por Maciel *et al.* (2017) para avaliar o preconceito frente ao doente mental a partir da escala desenvolvida por Pettigrew e Meertens (1995) para medir o preconceito flagrante. É composta por 9 itens que descrevem situações cotidianas relacionadas à rejeição de proximidade com doentes mentais. Os participantes deveriam indicar o quanto se sentiriam incomodados em cada situação descrita: Item 1 -“Ter um parente casado com um doente mental”; Item 2 -“Ter um amigo próximo que seja doente mental”; Item 3 -“Ter um doente mental como seu chefe de trabalho”; Item 4 -“Ter um doente mental como colega de trabalho”; Item 5 -“Ter um(a) namorado(a) doente mental(a)”; Item 6 -“Ter um portador de doença mental como cuidador de uma criança”; Item 7 -

“Participar de festas onde estejam presentes doentes mentais”; Item 8 -“Ter um(a) vizinho(a) doente mental”; Item 9 -“Casar com um doente mental”. Esta escala possui estrutura unifatorial para mensurar o distanciamento social como medida de preconceito, e demonstrou sua adequação através do coeficiente de consistência interna *Alpha de Cronbach* igua a 0,84 .

### *Análise dos dados*

Para análise dos dados da Escala de Preconceito frente ao Doente Mental e do questionário sóciodemográfico foram realizadas análises estatísticas descritivas, à exemplo de cálculos de frequências e medidas de tendência central, através do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS) para Windows 7 – versão PASW 21.0.

Com relação à Escala de Preconceito frente ao Doente Mental, a tarefa dos participantes consistiu em, além de indicar em que medida se sentiriam incomodados nas situação descritas em cada item através de uma escala de respostas do tipo Likert de 5 pontos, o que permitiu a análise descritiva do preconceito na amostra, justificar cada posicionamento em um espaço reservado para uma resposta discursiva.

A análise descritiva da Escala foi baseada em 2 níveis de preconceito definidos com base na mediana, por se apresentar menos sensível a variação dos escores. Para fins de comparação, foram estabelecidos os seguintes níveis: “baixo preconceito”, caracterizado por escores totais até 18; e “alto preconceito”, escores acima da mediana, a partir de 19. Foram feitas análises comparativas no que se refere ao convívio com portadores de transtornos mentais, cursos e área de curso (Saúde x Humanas), contudo não foram encontradas diferenças significativas com nenhuma destas variáveis.

Quanto às justificativas, foram estabelecidos dois critérios de inclusão para a análise. O primeiro critério consistiu no nível de preconceito dos participantes, sendo

incluídos na análise todos os discursos dados por participantes que integram o grupo de alto preconceito. O segundo critério correspondeu à inclusão dos discursos justificadores dados em determinados itens por pessoas que, embora estivessem no nível baixo preconceito, pontuaram 4 (incomodado) ou 5 (muito incomodado) na escala de respostas tipo Likert no item específico.

As justificativas para os itens, que corresponderam às respostas discursivas, foram analisadas por meio da Análise de Conteúdo Temático-Categorial proposta por Bardin (2002). Aplicando a técnica de categorização semântica os agrupamentos foram realizados em função dos elementos ou temas, empregando o procedimento por acervo, onde as categorias foram estabelecidas por uma classificação analógica e progressiva, sem determinação a *priore*. O título conceitual de cada categoria somente foi definido ao final da operação, onde as categorias finais são compostas por reagrupamento progressivo de categorias consideradas mais dispersas, mais fracas Bardin (2002).

O conteúdo coletado foi avaliado por três juízes experientes na técnica com a finalidade de evitar vieses. A escolha desta técnica se deu por dois motivos: em primeiro lugar, por esta ser uma técnica que se aplica a toda e qualquer comunicação com transferência de significados de um emissor a um receptor; e em segundo lugar, como a própria autora expõe, a análise de conteúdo utiliza procedimentos sistemáticos para descrever os conteúdos das mensagens e extrair deles indicadores que permitam inferir conhecimentos relativos a condições de produção dessas mensagens.

As categorias e subcategorias serão apresentadas em tabelas com percentuais simples referindo-se ao número de sujeitos que emitiram tais respostas. Vale salientar que as categorias temáticas são excludentes, contudo uma mesma justificativa poderá se referir a mais de uma categoria, de acordo com o que preconizado pela técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 2002).

### *Procedimentos e ética*

Os instrumentos foram aplicados de forma coletiva em salas de aula, embora tenham sido respondidos individualmente pelos participantes. Para a execução deste projeto, foram obedecidas todas as normas e diretrizes para a realização de pesquisas com seres humanos, segundo as Resoluções 196/96 e 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sobretudo a garantia do anonimato, sigilo e autorização. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB sob o protocolo nº 0523/15, CAAE.49400115.4.0000.5188.

### **Resultados**

Tendo em vista o construto de interesse da pesquisa, o preconceito, com base nos dados obtidos através da Escala de Distância social frente ao Doente Mental, observou-se uma média de 19,27 (DP=7,08) do escore da amostra total, indicando um nível baixo de preconceito na amostra. Destaca-se que os escores na escala podem variar de 09 a 45 e neste estudo variaram de 09 a 38 pontos. Ao realizar a análise considerando a média aritmética dos participantes na escala de respostas do tipo Likert de 5 pontos, obteve-se a média de 2,14 (DP=0,78) na amostra total, variando de 1 a 4,22, o que indica a prevalência média de respostas nos itens “nada incomodado” e “pouco incomodado” diante das situações de interação com um doente mental.

Com relação aos níveis de preconceito, este estudo realizou na análise a distinção de dois níveis, em que o baixo preconceito é caracterizado por aqueles que pontuaram abaixo da média 19,27 (DP=7,08), o alto preconceito, aqueles que pontuaram acima da média. Os dados da escala considerando os níveis de preconceito estão descritos na Tabela 1.

**Tabela 1.** Dados da Escala de Preconceito frente ao Doente Mental (N=171).

<b>Níveis de Preconceito frente ao Doente Mental</b>	<b>F %</b>	<b>Média de escores</b>
Baixo Preconceito	91 (53%)	14,87 (DP=3,74)
Alto Preconceito	80 (47%)	25,66 (DP=2,74)

A maioria dos participantes pontuou na escala de Preconceito no nível baixo preconceito (53%), contudo, ressaltamos os dados dos níveis de preconceito alto (47%) que ainda estão presente. Tal fato não deve passar despercebido, pois se trata de uma amostra de estudantes das áreas das ciências da saúde (medicina, enfermagem, terapia ocupacional) e humanas (psicologia e serviço social), que em suas futuras atuações profissionais poderão lidar com o fenômeno dos transtornos mentais, posto que são estas profissões que se inserem nos dispositivos da atual rede de saúde mental.

Para análise qualitativa dos resultados, levou-se em consideração todas as justificativas (respostas abertas para cada item) dadas pelos participantes do nível moderado e alto. Contudo, as respostas dos participantes do nível baixo preconceito não foram totalmente eliminadas da análise, pois foram consideradas e analisadas as justificativas dadas pelos participantes que pontuaram baixo preconceito na escala, mas que em algum dos itens respondeu como “incomodado” (pontuação 4 na escala de resposta Likert) ou “muito incomodado” (pontuação 5 na escala de resposta Likert). Portanto, mesmo que na média dos escores a maioria dos participantes tenha pontuado no nível de baixo preconceito, foi possível identificar os itens que despertaram mais incômodo na amostra de maneira geral, o que pode ser indicativo de situações referentes a preconceito elevado e flagrante.

A Tabela 2 descreve as análises de conteúdo das justificativas de cada item da Escala de Preconceito frente ao Doente Mental, em ordem decrescente de incômodo descrito por meio das médias aritméticas na escala de respostas Likert de 5 pontos para cada item.

Tabela 2. Análise das justificativas (questões abertas) dadas a cada item da Escala de Distância Social frente ao Doente Mental.

<b>Item da Escala de Distância Social frente ao Doente Mental</b> (Itens em ordem decrescente com relação à média na escala de resposta)	<b>Média na escala de respostas</b>	<b>Categorias</b>	<b>F</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>F</b>	<b>Exemplo de Justificativa</b>
Item 6 – Ter um portador de doença mental como cuidador de uma criança  (Relação Direta)	M=3,17 (DP=1,36)	<b>Condição</b>	85	<b>Incapacidade</b>	50	“Não sei se o doente mental teria as melhores condições psíquicas para cuidar de uma criança” (Participante 26)
				<b>Depende do grau</b>	35	“Dependendo do grau da doença, no caso alta, seria preocupante” (Participante 33)
		<b>Percepção de Ameaça</b>	54	<b>Imprevisibilidade</b>	29	“Porque pode ter surto e não sei o que pode acontecer com a criança” (Participante 76)
				<b>Periculosidade</b>	25	“Jamais, em alguns casos eles podem ser agressivos...” (Participante 67)
Item 9 – Casar com um doente mental  (Relação Direta)	M=2,81 (DP=1,53)	<b>Distância</b>	57	<b>Não casaria/Não sei lidar</b>	57	“Exigiria bastante de mim, não sei se teria condições” (Participante 27)
		<b>Condição</b>	17	<b>Depende do Grau</b>	17	“A depender do transtorno e da forma como lida com isso, se busca ajuda...” (Participante 168)
		<b>Percepção de Ameaça</b>	18	<b>Periculosidade</b>	10	“Por mais que você ame, é um risco constante” (Participante 106)
				<b>Imprevisibilidade</b>	8	“Eu não conseguiria pela inconstância” (Participante 31)
<b>Aceitação</b>	3	<b>Normal/Se amar</b>	3	“Desde que haja amor...” (Participante 88)		
Item 5 – Ter um(a) namorado(a) doente mental  (Relação Direta)	M=2,64 (DP=1,41)	<b>Distância</b>	62	<b>Não namoraria/Não sei lidar</b>	62	“Não gostaria de ter um namorado com doença mental. Não seria uma relação comum” (Participante 67)
		<b>Condição</b>	27	<b>Depende do grau</b>	27	“Dependeria do grau da doença” (Participante 48)
		<b>Percepção de Ameaça</b>	12	<b>Periculosidade</b>	8	“...seria uma pessoa possivelmente agressiva” (Participante 33)
				<b>Imprevisibilidade</b>	4	“Nunca se sabe quando ele pode surtar” (Participante 96)
<b>Aceitação</b>	7	<b>Normal/Se amar</b>	7	“Só se amasse” (Participante 136)		
Item 3 – Ter um doente mental como seu chefe de trabalho  (Relação Direta)	M=2,51 (DP=1,30)	<b>Distância</b>	38	<b>Não gostaria/Interfere no trabalho</b>	38	“Causaria grande estranhamento” (Participante 161)
		<b>Condição</b>	22	<b>Incapacidade</b>	17	“Doente mental não tem capacidade de chefiar pessoas, pois os trabalhadores são vulneráveis” (Participante 67)
				<b>Depende do grau</b>	15	“Na verdade, tudo depende de que doença mental a gente tá falando” (Participante 24)
<b>Aceitação</b>	12	<b>Normal/Se não interfere no trabalho</b>	12	“Isso não influenciaria em nada” (Participante 27)		

		<b>Percepção de Ameaça</b>	9	<b>Imprevisibilidade</b>	7	“Me incomodaria um pouco pois querendo ou não o doente mental é uma pessoa inconstante” (Participante 31)
				<b>Periculosidade</b>	2	“A qualquer minuto ele pode lhe agredir do nada” (Participante 16)
Item 1 – Ter parentes casados com pessoas portadoras de doença mental (Relação Indireta)	M=1,80 (DP=1,05)	<b>Aceitação</b>	26	<b>Normal/Não interfere na minha vida</b>	26	“Escolha foi do parente, não minha” (Participante 117)
		<b>Distância</b>	18	<b>Não gostaria/Perturba a família</b>	18	“Já tive caso na família e sei o quanto é trabalhoso “ (Participante 122)
		<b>Condição</b>	8	<b>Depende do grau</b>	8	“Depende do nível de doença mental da pessoa, pois é preciso que haja consentimento das duas partes para estabelecer uma relação” (Participante 17)
		<b>Percepção de Ameaça</b>	6	<b>Imprevisibilidade</b>	3	“Receio de surtos e algo que prejudique os parentes” (Participante 141)
				<b>Periculosidade</b>	3	“Teria um pouco de medo” (Participante 91)
Item 4 – Ter um doente mental como colega de trabalho (Relação Indireta)	M=1,69 (DP=0,93)	<b>Aceitação</b>	55	<b>Normal/Se não interfere no trabalho</b>	55	"Não me importa se ele trabalha bem" (Participante 24)
		<b>Distância</b>	17	<b>Não gostaria/Interfere no trabalho</b>	17	"Poderia afetar meu trabalho" (Participante 142)
		<b>Condição</b>	14	<b>Depende do grau</b>	12	"Existe um largo espectro de doenças mentais, por tanto, difícil responder com precisão" (Participante 84)
				<b>Incapacidade</b>	2	"Duvidaria da sua capacidade" (Participante 154)
		<b>Percepção de Ameaça</b>	4	<b>Imprevisibilidade</b>	3	"Teria uma atenção maior sobre seus atos" (Participante 112)
				<b>Periculosidade</b>	1	“Corre risco” (Participante 131)
Item 2 – Ter um amigo próximo que seja doente mental (Relação Direta)	M=1,65 (DP=0,97)	<b>Aceitação</b>	33	<b>Normal/O que importa é o carinho</b>	33	"O que importa é o carinho" (Participante 18)
		<b>Distância</b>	12	<b>Não gostaria/Não saberia lidar</b>	12	“Não sei como me relacionar” (Participante 162)
		<b>Condição</b>	7	<b>Depende do Grau</b>	7	"Porque depende da doença mental" (Participante 76)
		<b>Percepção de Ameaça</b>	7	<b>Imprevisibilidade</b>	5	"Receio de surtos e algo que prejudique alguém" (Participante 141)
				<b>Periculosidade</b>	2	"...muitas dessas pessoas podem ser agressivas" (Participante 67)
8 – Ter um (a) vizinho(a) doente mental (Relação Indireta)	M= 1,47 (DP=0,87)	<b>Aceitação</b>	38	<b>Normal</b>	38	"Não influenciaria na minha vida" (Participante 153)
		<b>Distância</b>	11	<b>Não gostaria/Interfere na convivência</b>	11	“Pode influenciar na minha convivência” (Participante 140)
		<b>Condição</b>	8	<b>Depende do grau</b>	8	“Depende da relação familiar e do grau da doença” (Participante 27)

		<b>Percepção de Ameaça</b>	1	<b>Periculosidade</b>	1	“Poderia haver algum risco” (Participante 162)
7 – Participar de festas onde estejam presentes pessoas portadoras de doença mental  (Relação Indireta)	M=1,46 (DP=0,88)	<b>Aceitação</b>	46	<b>Normal/Direito à Inclusão</b>	46	"Eles também precisam ter uma vida social" (Participante 154)
		<b>Percepção de Ameaça</b>	12	<b>Imprevisibilidade</b>	6	"Porque pode surtar" (Participante 76)
		<b>Condição</b>	9	<b>Periculosidade</b>	6	“Risco que pode correr” (Participante 110)
		<b>Distância</b>	2	<b>Depende do grau</b>	9	“Depende do grau” (Participante 72)
				<b>Não gostaria</b>	2	"Algumas ocasiões são desconfortáveis" (Participante 163)

A análise dos conteúdos das respostas dos participantes foi realizada considerando a ordem decrescente de incômodo descrito por meio das médias aritméticas na escala de preconceito e revelou que o tipo de relação estabelecida, i.e., relações diretas de intimidade (relações mais próximas, que implicam uma maior convivência com o sujeito e portanto mais vulnerabilidade) ou relações indiretas de intimidade (são as relações de convívio, porém mais distantes, não implicando convívio direto ou diário), influencia no grau de incômodo apresentado. Consideradas todas as justificativas para os itens, as repostas apresentaram sentido atribuído ao contato com o doente mental com justificativas que versam sobre incapacidade, considerações sobre o grau de comprometimento (Categoria nomeada como Condição); imprevisibilidade, periculosidade (Categoria nomeada como Percepção de Ameça); recusa ao convívio (Categoria nomeada como Distância); discurso de naturalidade/normalidade (Categoria nomeada como Aceitação) .

É possível perceber que quanto maior o contato, quanto mais direta é o tipo de relação sugerida, maior a rejeição à intimidade. Foi observado que as únicas categorias comuns a todos os itens analisados são as categorias Condição e Percepção de Ameça. Estas, porém, apresentam maior frequência quando as relações sugeridas exigem maior contato. Nesse mesmo sentido, as justificativas que compõem a categoria Aceitação ganham maior expressividade (maior frequência) nas relações consideradas mais distantes.

Nota-se que a categoria Condição da patologia apareceu em todos os itens, possuindo maior frequência nas relações mais diretas, a exemplo das situações relacionadas a ter uma pessoa com doença mental como cuidador de crianças ( $F = 85$ ), e ter um namorado com doença mental ( $F = 27$ ). Nos itens que descrevem relações menos diretas e mais distantes, essa categoria possuiu baixa expressividade ( $F = 8$ ) com relação

a ter vizinhos com doença mental (F = 9) com relação a participar de festas onde estejam presentes pessoas com doenças mentais.

Os maiores índices de rejeição envolveram as relações diretas, como, por exemplo, a relação com crianças, que não suscitou a categoria de justificativa Aceitação. Todas os itens que se referem às relações mais diretas obtiveram alta frequência nas categorias temáticas das justificativas Condição e Percepção de Ameaça. No tocante ao casamento e a ter namorado com doença mental, observou-se alta frequência na categoria temática Distância, indicando que os respondentes rejeitam essa relação sob a alegação de “não saber lidar”, “não gostaria”.

No que diz respeito ao âmbito do trabalho (itens referentes a cuidar de crianças, ter chefe e colega de trabalho com doença mental), surgiu uma categoria específica relacionado ao trabalho e ao desempenho de papéis: incapacidade. Contudo, as relações mais próximas e diretas, cuidar de crianças e ter um chefe, resultaram em frequências mais altas na subcategoria temática “incapacidade”, (F=50) e (F=17), respectivamente, do que a relação menos direta que é ter um colega de trabalho.

As situações descritas nos itens que indicaram menores expressões de preconceito estão relacionados com a convivência esporádica ou distante, como o convívio em festas e com vizinhos. O único item em que surgiu aspectos ligados à inclusão social enquanto justificativa para a ausência de incômodo foi o que descreve a situação de participar de festas, no qual a categoria “Aceitação” (F = 55), apesar de ainda terem surgido as categorias “Percepção de Ameaça” (F=12) e “Distância” (F = 2).

## **Discussão**

Embora a maioria dos participantes tenha pontuado baixo preconceito na Escala de Distância Social frente ao Doente Mental, devemos destacar que ainda se faz

presente os níveis de preconceito moderado e alto na amostra de estudantes universitários das áreas de saúde e humanas. Ressalta-se, ainda, que a medida de preconceito utilizada mede o preconceito flagrante e não o sutil, demonstrando que o preconceito flagrante ainda é encontrado na atual sociedade, mesmo a despeito das leis garantidoras de direitos e da implantação da Reforma Psiquiátrica.

De acordo com Angermeyer *et al.* (2014), o preconceito em relação às pessoas com esquizofrenia na Alemanha tem aumentado nas últimas décadas, em estudo comparativo entre os anos de 1990, 2001 e 2011. Estes dados corroboram outros estudos na área que apontam que a efetivação da Reforma Psiquiátrica esbarra em estereótipos negativos e em práticas discriminatórias influenciadas pela história da psiquiatria e baseadas no modelo manicomialista, resultando em atitudes de exclusão que demonstram o quanto esse grupo social ainda é alvo de preconceito (Dabby, Tranulis, Kirmayer, 2015; Jiwon & Chasteen, 2016; Pearson, 2014).

Na presente pesquisa, além de surgirem os níveis de preconceito moderado e alto e itens específicos com maior índice de respostas “muito incomodado” (alternativa 5 na escala Likert), surgiram questões ancoradas no modelo manicomialista e de controle da doença. Mesmo nos indivíduos que justificaram suas respostas dentro da categoria Condição da doença, muitos abordaram a questão do controle, por exemplo: “Contanto que a doença esteja controlada, não há problema”, “Se o portador estiver medicado e não apresentar nenhuma ‘ameaça’, como agressão ou surto não vejo problemas”.

Para Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan e Kubiak (2003), embora a compreensão pública da doença mental tenha melhorado, estudos mostram que as pessoas ainda associam doença mental com percepções de periculosidade e imprevisibilidade. Além disso, perigoso é associado a um desejado aumento da distância social daqueles com doença mental e a crença de que essas pessoas precisam

ser segregadas da sociedade. Nesse sentido, as percepções de perigo podem levar à rejeição social porque os doentes mentais causariam medo, levando, portanto, ao afastamento social.

Corrigan et al (2003) desenvolveram um modelo explicativo das relações entre atribuições causais (por exemplo: controle e responsabilidade), familiaridade com doenças mentais, periculosidade, respostas emocionais (por exemplo: pena, raiva e medo) e respostas de discriminação, usando uma amostra de 518 estudantes universitários de uma comunidade norte-americana. Dentre os resultados encontrados, observaram que a crença na periculosidade opera aumentando o medo, um preditor particularmente forte de apoio ao tratamento coercivo e de exclusão.

Na atualidade, o doente mental é percebido como uma ameaça à integridade física das pessoas consideradas normais, posto que historicamente o doente mental teve sua imagem atrelada à imprevisibilidade e à periculosidade. Desta maneira, as representações imagéticas difundidas sócio-historicamente são de que o doente mental é incapaz, agressivo, imprevisível e perigoso. Tais representações justificam a rejeição a qualquer tipo de relação com o doente mental, promovendo discriminação e exclusão (Angermeyer, Holzinger, Carta, & Schomerus, 2011; Maciel, 2007).

Os discursos que justificam a rejeição às relações de intimidade e contato social com o doente mental demonstram a ideologia de um não ajustamento dos doentes mentais ao convívio social baseados em estereótipos ligados a alterações comportamentais, sobretudo de agressividade e mudança repentina (imprevisibilidade). Tal fato recebe maior ênfase quando as relações são mais próximas e de convívio direto ou diário, como pode-se observar nos itens sobre ter uma pessoa com doença mental como cuidador de uma criança, sobre casar, namorar e ter um chefe com doença mental. As respostas a seguir demonstram o incomodo dos participantes diante dessas situações:

“Porque não quero, prefiro uma pessoa igual a mim” , “Seria um relacionamento um pouco difícil” , “Me incomodaria porque temeria suas reações” , “Fora de cogitação”, “Impossível” .

Os dados revelaram que há uma maior aceitação em manter relações indiretas de intimidade em detrimento das relações diretas. Ou seja, quanto maior o grau de contato ou proximidade, menor a aceitação. Partindo dessa premissa, é mais fácil aceitar estar em um mesmo ambiente com um doente mental na condição de “participar de festas onde estejam presentes pessoas portadoras de doença mental.” (M = 1,46; DP = 0,88), “ter parentes casados com pessoas portadoras de doença mental” (M=1,80; DP= 1,05) e “ter um vizinho doente mental” (M= 1,47; DP=0,87), mas que não convive diariamente ou diretamente com eles. Algumas justificativas expressam a condição da aceitação se a relação não exigir contato direto: “Não me incomodaria, se cada um convivesse na sua casa” , “Não influencia na minha vida” , “Não me incomoda porque eu não preciso lidar com o doente mental” , “Nem sempre ser vizinho significa convivência diária” .

Em contrapartida, as situações que exigem relações mais diretas causaram maior incômodo, como “casar com um doente mental” (M=2,81; DP=1,53) ou “namorar com um doente mental” (M= 2,64; DP=1,41), que suscitaram justificativas do tipo: “Não teria coragem” , “Eu me incomodaria, pois é muito difícil lidar com doentes mentais” , “Não gostaria de ter um namorado com doença mental, não seria uma relação comum”, “não ia querer, por ter problemas de não se encaixar comigo” .

Quando o portador de doença mental é colocado nos contextos sociais que envolvem a situação de trabalho e em uma posição hierarquicamente superior ao participante (Item 3: ter um doente mental como seu chefe de trabalho) e, portanto, de maior proximidade, há um aumento do preconceito (M=2,5; DP=1,30), sendo o estereótipo de incapacidade ressaltado com respostas do tipo: “É uma pessoa que

precisa dar ordens” , “Eu me sentiria incomodado porque ele poderia não ser tão objetivo/ claro nas tarefas determinadas para cada um” , “Porque acho que geraria certos transtornos durante o repasse das tarefas”. Tais resultados revelam a discriminação social da qual os doentes mentais são vítimas e ressalta, como apontam Camino et al., (2004), a manutenção das relações assimétricas de poder na sociedade. Nesse caso, o doente mental, um representante de um grupo minoritário, não poderia ascender a um nível igualitário ou superior aos membros do grupo majoritário.

Sobre o tema do trabalho referente aos portadores de transtornos mentais, Foucault (1972) destaca que a criação dos manicômios estava engendrada em questões políticas, econômicas, sociais e morais, designando o momento em que a loucura foi percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho e de sua identificação como problema social.

Em pesquisa realizada por Maciel (2007) com uma amostra de 25 profissionais da saúde mental e de 25 familiares de portadores de transtornos mentais, sobre a capacidade dos portadores de transtornos mentais para o trabalho, observou-se que tanto os profissionais quanto os familiares destacam que os portadores de transtornos mentais têm capacidade de trabalhar (80% profissionais e 64% familiares), mas salientaram que o trabalho a ser desenvolvido tem restrições, devendo ser um trabalho mais ocupacional e que não exija muita responsabilidade, nem capacidade cognitiva mais ampla, a exemplo de atividades como limpeza, atividades manuais, trabalhar no roçado e coletar papelão. A crença na incapacidade do doente mental para o trabalho qualificado e para a independência sustenta a exclusão na sociedade capitalista, onde a produtividade é parâmetro fundamental para a inclusão social.

É possível perceber que em todas as relações sociais do presente estudo, os participantes demonstraram rejeição à possibilidade de contato social com base no risco

que o doente mental pode oferecer, na imprevisibilidade comportamental, de forma que os discursos se apresentaram como mitos legitimadores do preconceito. Logo, como sinalizam Pereira e Vala (2011), tais discursos servem como justificações socialmente aceitáveis, mas que promovem atitudes discriminatórias.

As pessoas, ao perceberem que não podem sempre reconhecer nelas mesmas os comportamentos discriminatórios, em decorrência do medo de violar alguma norma igualitária, lançam mão de estratégias em que o preconceito se apresenta de forma menos ostensiva (Crisp e Turner, 2013). Uma dessas estratégias é a discriminação justificada, que nesse caso se respalda na garantia do próprio bem-estar e da segurança pessoal. Os conteúdos expressos nas justificativas aos itens demonstram que os doentes mentais continuam sendo percebidos como uma ameaça à ordem, à tranquilidade e até mesmo à integridade física do outro. Essas representações promovem justificativas para a exclusão, uma vez que as justificativas apresentadas para rejeição de contato tem como base a crença que o doente mental é alguém perigoso, que causa riscos e gera medo, como mostram as respostas a seguir: “Conviver com o medo” , “Jamais. Em alguns casos eles podem ser agressivos” , “A qualquer minuto ele pode lhe agredir do nada” , “Pode por a criança em situações em que sua segurança seja comprometida.

Os resultados encontrados estão em concordância com a literatura na área, a exemplo do estudo de Angermeyer *et al.*, (2014), em que os autores revelaram que a percepção de ameaça leva ao comportamento de evitação de contato e de distância social em relação ao doente mental. Bem como com os achados de Sousa, Marques, Currel e Queirós (2012), que apontam que os transtornos mentais graves são comumente associados à crenças de incapacidade, periculosidade e irreversibilidade.

Durand-Zaleski, Scott, Rouillon e Leboyer (2012), em um estudo, realizado na França, sobre as atitudes da população em relação à esquizofrenia, ao autismo e ao

transtorno bipolar revelou que 65% dos respondentes consideram as pessoas com esquizofrenia perigosas versus 29% para transtornos bipolares e 7% para autismo. Os autores afirmaram que existe uma maior prevalência para a discriminação contra o esquizofrênico quando comparado com pessoas com outros transtornos. Resultados semelhantes foram encontrados por Norman, Sorrentino, Windell e Manchanda (2008), em que os entrevistados indicaram uma preferência por maior distância social para a esquizofrenia do que para a depressão, e as crenças de que o esquizofrênico é imprevisível, perigoso e socialmente desajustado apresentaram correlação com a distância social. Os dados referentes à variação de preconceito quanto ao grau ou tipo de patologia também foi encontrado no presente estudo em todos os itens, que apresentaram justificativas do tipo: “Depende do tipo da doença que ele tenha” , “Dependendo do grau da doença, no caso alta, seria preocupante” , “Depende do quadro clínico” .

Cabe aqui sublinhar que a prevalência pelo distanciamento social revelado pelos participantes reproduz práticas desiguais face ao portador de transtorno mental e ao grupo social do qual este faz parte, o que acaba por legitimar e perpetuar padrões discriminatórios de comportamento, de atitudes negativas e preconceito, com base, muitas vezes, nos estereótipos que foram criados e difundidos ao longo dos séculos. Percebe-se então que os estereótipos não cumprem apenas uma função de economia psíquica, mas também apresentam a função de justificar, racionalizar e legitimar as relações intergrupais, refletindo as normas e as ideologias dos grupos sociais (Pereira & Vala, 2011).

Desta forma, ao sustentarem representações baseadas na imprevisibilidade e periculosidade, os participantes justificam a preferência pelo distanciamento e rejeição às relações de intimidade, sejam elas diretas ou indiretas, e essa rejeição serve de

sustentação aos processos de exclusão social (Angermeyer *et al.*, 2011), que acaba por promover, como apontam Pereira e Vala (2011), a expressão de atitudes negativas, comportamentos discriminatórios e injustiças frente ao grupo subjugado.

Cabe ressaltar, como o preconizado por Wanderley (2002), que o processo de exclusão deve ser entendido como uma impossibilidade de poder partilhar, o que leva à vivência da privação, da recusa, do abandono e da expulsão de um conjunto significativo da população. E embora o processo de exclusão atinja o sujeito e sua subjetividade, este não pode ser visto como um processo individual, devendo ser analisado através de uma perspectiva mais ampla, envolvendo as várias formas de relações econômicas, sociais, culturais e políticas da sociedade. Sendo assim, a exclusão é social e não pessoal.

### **Considerações finais**

A inclusão dos portadores de doenças mentais ainda é um desafio para a sociedade contemporânea, principalmente no tocante à prática de uma convivência harmoniosa e inclusiva, e requer intervenções. Crenças pejorativas que atribuem ao doente mental a condição de desajuste social trazem enormes prejuízos no tocante às relações interpessoais, ao tratamento, às condições socioeconômicas e afetivas dessas pessoas. Diante dos resultados encontrados, é possível afirmar que os discursos apresentados para justificar o incômodo diante do contato com o doente mental nas diversas situações depende, basicamente, do grau de aproximação implicada na relação. As justificativas apresentadas tiveram como base a crença na inadequação, na inaptidão, na incapacidade e nos problemas que podem ser causados por alguém considerado doente mental, sobretudo a agressividade e a imprevisibilidade. Essas crenças se colocam como um obstáculo à possibilidade de funcionamento pleno desses sujeitos,

pois essas elas afetam a autoimagem, a autoestima, o processo de recuperação e as relações interpessoais dessas pessoas.

Os achados evidenciam preconceito na amostra estudada e sugere-se que, para a redução do preconceito e da exclusão contra esse grupo, é necessário que as crenças e os estereótipos negativos socialmente compartilhados sejam modificados, pois a percepção de que o doente mental representa uma ameaça, considerado como um agente de incômodo, pode ser considerada como um fator relevante que inviabiliza a inclusão social e a efetivação do que é posto pela Reforma Psiquiátrica.

Em relação as limitações deste estudo, deve ser destacado que, embora seja possível inferir que a percepção de inadequação comportamental e de periculosidade podem ser utilizadas para justificar a evitação de relações de intimidade com os doentes mentais, este estudo não testa diretamente se essas percepções são uma justificativa não discriminatória. Pesquisas futuras, experimentais, poderão avaliar de forma mais direta a relação existente entre o preconceito e a percepção de ameaça, bem como as crenças que estão atreladas ao preconceito.

## Referências

- Allport, G. W. (1962). *La naturaleza del prejuicio*. Buenos Aires: Eudeba.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G. & Schomerus, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 367–372. doi:10.1192/bjp.bp.110.085563.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2014). Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades.

*European Psychiatry*, 29(6), 390-395.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.10.004>

- Bardin, L. (2002). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Bouhlef, S., Ben Haouala, S., Klibi, A., Ghaouar, M., Chennoufi, L., Melki, W. & El-Hechmi, Z. (2013). Évaluation des croyances et des attitudes d'une population tunisienne de proches de patients atteints de schizophrénie. *L'Encéphale*, 39(3), 165-177. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2012.06.012>
- Camino, L., Da Silva, P. & Machado, A. O. (2004). As novas formas de expressão do preconceito racial no Brasil: estudos exploratórios. In M. E. O. Lima & M. E. Pereira (Orgs.), *Estereótipos, preconceito e discriminação: perspectivas teóricas e metodológicas* (pp. 119-137). Salvador - BA: EDUFBA.
- 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. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/1519806>
- Crisp, R. J., & Turner, R. N. (2013). *Psicologia Social Essencial*. São Paulo: Rocca.
- Dabby, L., Tranulis, C. & Kirmayer, L. J. (2015). Explicit and implicit attitudes of Canadian psychiatrists toward people with mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 60(10), 451-459. <https://doi.org/10.1177/070674371506001006>
- Durand-Zaleski, I., Scott, J., Rouillon, F. & Leboyer, M. (2012). A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France. *BMC Psychiatry*, 12: 128. Doi: [doi:10.1186/1471-244X-12-128](https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-128)
- Flick, U. (3 ed.) (2009). *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Foucault, M. (1972/2012). *A história da loucura*. 4ª. Ed. São Paulo: Perspectiva.

- Jiwon, J. & Chasteen, A. L. (2016). Does imagery reduce stigma against depression? Testing the efficacy of imagined contact and perspective-taking. *Journal of Applied Social Psychology*, 46(5), 259-275. doi: <http://dx.doi.org.ez15.periodicos.capes.gov.br/10.1111/jasp.12360>
- Jodelet, D. (2005). *Loucuras e representações sociais*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Lund, E. M. & Boggero, I. A. (2014). Sick in the Head? Pathogen Concerns Bias Implicit Perceptions of Mental Illness. *Evolutionary Psychology* 12(4),p. 706-718. doi:10.1177/147470491401200403\_
- Maciel, S. (2007). *Exclusão/Inclusão social do doente mental/louco: Representações e práticas no contexto da Reforma Psiquiátrica*. Tese de doutorado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.
- Maciel, S. C., Barros, D. R., Camino, L. F. & Melo, J. R. F. (2011). Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. *Temas psicol.*, 19(1), 193-204. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2011000100015&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100015&lng=pt&tlng=pt)
- Maciel, S., Pereira, C., Lima, T., Souza, L. & Vieira, G. (no prelo). Social Exclusion of the people suffering from mental disorders: A proposal for an Explanatory Model. *Revista Paidéia*.
- Melo, J. R. F. (2017). *Preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia: explicações com base em crenças causais e estereótipos*. Tese de Doutorado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.
- Nee, C. & Witt, C. (2013). Public perceptions of risk in criminality: the effects of mental illness and social disadvantage. *Psychiatry Research*, 209(3), 675-683. doi: 10.1016/j.psychres.2013.02.013

- Norman, R. M. G., Sorrentino, R., Windell, D. & Manchanda. (2008). Are Personal Values of Importance in the Stigmatization of People With Mental Illness? *Revue canadienne de psychiatrie*, 53 (12), 848-856. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674370805301210>
- Pearson, G. S. (2014). Stigma and those around us. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(4),219-220.doi: <http://dx.doi.org.ez15.periodicos.capes.gov.br/10.1111/ppc.12085>
- Pereira, C. R., & Vala, J. (2011). A legitimação da discriminação em diferentes contextos normativos. In E. M. Techio & M. E. O. Lima (Eds.), *Cultura e produção das diferenças: Estereótipos e preconceito no Brasil, Espanha e Portugal* (pp. 363-404). Brasília: Technopolitik.
- Pereira, C. R., França, D., Torres, A. R., Lima, M. E. & Pereira, M. E. (2015). Emoções na formação e no desenvolvimento dos preconceitos. In S. Gondim, E. Loiola (Eds.), *Emoções, aprendizagem e comportamento social*, (pp. 127-162). São Paulo: Casa do Psicólogo. ISBN 978-85-8040-597-2
- Pereira, C., Vala, J., & Costa-Lopes, R. (2010). From prejudice to discrimination: The legitimizing role of perceived threat in discrimination against immigrants. *European Journal of Social Psychology*, 40(7), 1231-1250. doi: 10.1002/ejsp.718
- Pescosolido, B. A. (2013). The Public Stigma of Mental Illness: What Do We Think; What Do We Know; What Can We Prove? *Journal of Health and Social Behavior*, 54, 1-21. doi: 10.1177/0022146512471197
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). A disease like any other? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 16, 1321–1330. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09121743

- Pettigrew, T. F. & Meertens, R. W. (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25, 57-75. doi:10.1002/ejsp.2420250106
- Sanches, C. (2012). Atitudes e crenças religiosas face à doença mental. Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário Ciências Sociais, Psicológicas e da Vida, Portugal.
- Sousa, P.F., Maciel, S. C., Medeiros, K. T. & Vieira, G. L. S. (2016). Atitudes e Representações em Saúde Mental: Um Estudo com Universitários. *Psico-USF*, 21(3), 527-538. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712016210307>
- Sousa, S., Marques, A., Curral, R., & Queirós, C. (2012). Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34(4), 186-197. <http://dx.doi.org/10.1590/S2237-60892012000400004>
- Stephan, W. G. (2014). Intergroup anxiety: theory, research, and practice. *Personality and Social Psychology Review*, 18(3), 239-255. doi: 10.1177/1088868314530518
- Stephan, W. G., & Stephan, C. W. (2000). An integrated threat theory of prejudice. In S. Oskamp (Ed.), *Reducing prejudice and discrimination* (pp. 23-45). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wanderley, M. B. (2002). Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, B. *As Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (4<sup>a</sup> Ed.) (pp.52–60). Rio de Janeiro: Vozes.

## **CAPÍTULO 3**

---

### **ARTIGO 3 - Crenças Causais, Preconceito e Percepção de Ameaça Frente ao Doente Mental**

## **CRENÇAS CAUSAIS, PRECONCEITO E PERCEPÇÃO DE AMEAÇA FRENTE AO DOENTE MENTAL**

### **RESUMO**

As crenças sobre a natureza dos grupos sociais embasam o preconceito e a discriminação contra grupos minoritários. O presente estudo analisa as relações entre as crenças causais sobre a doença mental, a percepção de ameaça e o preconceito. Participaram 323 universitários que responderam as medidas de Crenças sobre a Doença Mental, Percepção de Ameaça e o Preconceito frente aos doentes mentais. Observaram-se correlações positivas do preconceito com as crenças religiosas e com a percepção de ameaça. Análises de regressão permitiram verificar que as crenças religiosas implicam maior suporte ao preconceito. Já a percepção de ameaça, no fator periculosidade, foi predita pelo preconceito e pelas crenças religiosas. O fator imprevisibilidade foi explicado pelo preconceito, crenças no uso de drogas, religiosas e contingenciais. Os resultados encontrados contribuem para o entendimento do papel das crenças religiosas no preconceito e convidam à reflexão sobre os fatores interferentes nas políticas de inclusão dos doentes mentais.

Palavras-chave: Crenças; Preconceito; Distúrbio mental.

## **CAUSAL BELIEFS, PREJUDICE AND PERCEIVED THREAT AGAINST THE MENTALLY ILL**

### **ABSTRACT**

Beliefs about the nature of social groups underpin prejudice and discrimination against minority groups. The present study analyzes the relationships between causal beliefs about mental illness, perceived threat and prejudice. A total of 323 university students responded to standards of Beliefs about Mental Illness, Perceived Threat and Prejudice regarding the mentally ill. Positive correlations of prejudice with religious beliefs and perceived threat were observed. Regression analysis allowed us to verify that religious beliefs imply greater support for prejudice. On the other hand, perceived threat, when it comes to dangerousness, was predicted by prejudice and by religious beliefs. The unpredictability factor was explained by prejudice; beliefs in drug use, religious and contingent beliefs. The results found contribute to the understanding of the role of religious beliefs in prejudice and invite reflection on the interfering factors in the inclusion policies of the mentally ill.

**Keywords:** Beliefs; Prejudice; Mental disorders.

## **CRENÇAS CAUSAIS, PRECONCEITO E PERCEPÇÃO DE AMEAÇA FRENTE AO DOENTE MENTAL<sup>5</sup>**

### **Introdução**

A imagem do manicômio e do hospital psiquiátrico é talvez a mais lembrada quando se trata da temática da saúde mental, onde o processo de exclusão social do doente mental foi efetivado pela internação nos grandes manicômios. Nesses contextos, os psiquiatras passaram a ser os tutores dos considerados insanos e incapazes de convívio social. Por anos, o cuidado nesse campo teve como principal estratégia a internação integral dos pacientes acometidos por transtornos mentais, onde esses espaços caracterizavam-se pela segregação e pela exclusão, sendo pouco voltados para o cuidado e recuperação do doente, com o objetivo de sua re-inserção social (Martins & Guanaes-Lorenzi, 2016).

Contrapondo-se a isso e buscando a inclusão social, a garantia de direitos e um tratamento mais humanizado aos portadores de transtornos mentais, movimentos conhecidos como reformistas eclodiram no mundo inteiro. Cada qual com uma configuração específica para o seu país de origem, esses movimentos propunham, de forma geral, um modelo de atenção mais inclusivo, onde os sistemas de saúde garantissem uma prestação de serviços mais universal, equitativa e humanizada (Vasconcelos & Paulon, 2014; Costa, Jorge, Coutinho, Costa & Holanda, 2016).

No Brasil, seguindo uma tendência internacional, esses movimentos provocaram o que recebeu o nome de Reforma Psiquiátrica, a qual ganhou força com a aprovação da Lei 10.216, vigente no país desde 2001. Versando sobre a saúde mental, a nova legislação reorientou o modelo de assistência à saúde mental no Brasil, normatizando a redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos disponibilizados pelo Sistema

---

<sup>5</sup> Manuscrito submetido a Revista Paideia - 2020

Único de Saúde (SUS) e a implantação de serviços comunitários substitutivos aos hospitais psiquiátricos. A ideia fundamental era oferecer uma assistência mais humanizada por meio da promoção da inclusão social do doente mental, na família e na comunidade (Delgado, 2015; Guimarães, Borba, Maftum, Larroca & Nimitz, 2015).

Apesar dos avanços no campo da saúde mental e mesmo com advento da nova forma de produzir cuidados, com o desenvolvimento de campanhas e programas de estímulo a inclusão social com foco nas diversidades e minorias sociais, o portador de sofrimento psíquico ainda é percebido como um indivíduo diferente, que não é capaz de seguir as regras fundamentais do convívio social. Por esse motivo, é percebido como uma pessoa incapaz de realizar certas funções e que representa perigo para a sociedade em geral.

Seguindo essa mesma perspectiva, um estudo desenvolvido por Sousa, Marques, Currel e Queirós (2012), os autores revelaram que a doença mental é frequentemente associada a ideia de incapacidade, periculosidade e irreversibilidade. Em concordância, pesquisa desenvolvida por Sousa, Maciel, Medeiros e Vieira (2016), com 480 universitários dos cursos de Psicologia, Medicina e Enfermagem; usando a Teoria das Representações Sociais; identificou que esses universitários representavam o doente mental como alguém perigoso, agressivo e que causa medo. Cabe mencionar também o estudo desenvolvido por Ross e Goldner (2009), os quais por meio de uma revisão da literatura sobre como os doentes mentais são vistos pelos profissionais de enfermagem, identificaram que entre os enfermeiros há a percepção de que o doente mental é perigoso e representa uma ameaça para os que convivem com ele.

Essa percepção do doente mental como uma ameaça à integridade física da comunidade, respaldado na noção de imprevisibilidade e de periculosidade poderá estar relacionada ao preconceito, i.e., o sentimento de antipatia que se estrutura em uma

generalização errada e inflexível atribuída a membros de um grupo, simplesmente por eles pertencerem a esse grupo (Allport, 1954).

Cabe pontuar que, na sociedade brasileira, a doença mental é percebida como marcadamente negativa, por ser associada a ideia de improdutividade e de periculosidade, sendo percebidas práticas excludentes e discriminatórias, baseada em uma assistência caracterizada, ao longo do tempo, pela rotulação, supressão dos sintomas através da medicalização e do confinamento em instituições especializadas. Essas impressões errôneas e conceitos deturpados difundidos na sociedade sobre os doentes mentais gerou, ao longo dos séculos, crenças pejorativas e irreais sobre esse grupo social, tornando-os alvo de preconceitos e exclusão ( Angermeyer, Matschinger, Carta, Schomerus, 2014).

Conhecer e analisar as crenças acerca dos grupos sociais é de grande relevância para a compreensão do preconceito, uma vez que estas funcionam como princípios organizadores que motivam as atitudes discriminatórias (Pereira, Pereira & Monteiro, 2016), desta forma, as crenças associadas aos grupos sociais podem motivar as pessoas a excluírem os membros do exogrupo. Diante dessa afirmação, compreende-se que as crenças atreladas às causas da doença mental tem grande importância sobre as atitudes e comportamento que os indivíduos têm frente aos doentes mentais, justamente porque são as crenças sobre a natureza dos grupos sociais que legitimam o processo de exclusão social desses grupos (Pereira, Torres, Falcão & Pereira, 2013). Nesse sentido, conhecer as crenças acerca dos doentes mentais é fundamental para a melhor compreensão das relações de dominação sobre eles (Pérez-Nebra & Jesus, 2011), uma vez que estas organizam e orientam o comportamento da sociedade frente a esse grupo social, podendo endossar atitudes preconceituosas e comportamentos de exclusão frente a esse grupo (Lins, Lima-Nunes, & Camino, 2014; Martins & Sequeira, 2016).

No que se referem às crenças, entendidas como um elemento cognitivo que se origina da experiência pessoal para a compreensão da realidade, as crenças são proposições admitidas pelas pessoas e que afirmam ou não a existência de relações entre objetos concretos ou abstratos, ou entre objetos e propriedades a eles atribuídas. Sendo desenvolvidas, sustentadas e/ou modificadas nas relações sociais (Kruger, 2013). Maciel, Pereira, Lima e Souza (2015) buscando compreender as crenças sobre a etiologia da doença mental, identificaram seis tipos de crenças explicativas das doenças mentais: Psicológicas (falam a natureza psicológica da doença mental), Religiosas (agrupam explicações sobre uma suposta natureza religiosa ou sobrenatural da doença mental), Biológicas (falam sobre a natureza orgânica da doença mental), Uso de drogas (aborda que a doença mental surge a partir do abuso ou consumo excessivo de drogas), Socioeconômicas (falam que a doença mental surge a partir da vulnerabilidade econômica, como pobreza, desemprego e falta de alimentação) e Contingenciais (apontam os acidentes, os traumatismos cranianos e os estudos em excesso como a causa da doença mental).

Pesquisas têm demonstrado empiricamente que as crenças sobre a natureza dos grupos motivam a expressão de preconceito e exclusão desses grupos. Estudo desenvolvido por Read, Haslam, Sayce e Davies (2006) demonstrou que crenças causais biogenéticas acerca da doença mental estavam mais relacionadas com estereótipos de imprevisibilidade e periculosidade, como também ao medo e desejo de distância social. Outro estudo realizado por Gureje, Olley, Oluwanuga e Kola (2006), na Nigéria, com população geral, identificou que as crenças mágico-religiosas sobre a origem da doença mental estavam mais associadas ao preconceito e ao medo do que as crenças biopsicossociais.

Além das crenças, outra variável que tem sido associada ao preconceito frente a grupos minoritários é a percepção de ameaça. O entendimento de que os membros do exogrupo representam uma ameaça, econômica, cultural e, no caso dos doentes mentais, uma ameaça à integridade física. A literatura acerca dessa temática analisa a relação entre esses dois fenômenos de duas formas diferentes; primeiro, o sentimento de ameaça pode ser entendido como um preditor do conflito intergrupar, no sentido de que quanto maior a ameaça percebida maior o preconceito. Segundo, a percepção de ameaça pode ser entendida como consequente ao preconceito, ou seja, o preconceito estruturaria a partir da percepção de ameaça (Pereira, Costa-Lopes & Vala, 2010). Conforme Melo, Maciel, Oliveira, Camino & Carvalho, (2019)., a percepção de ameaça frente ao doente mental pode ser compreendida a partir de dois fatores: percepção de perigo, a ideia de que o doente mental é essencialmente alguém perigoso e pode lhe causar algum dano físico, e imprevisibilidade, a ideia de que os doentes mentais são pessoas imprevisíveis, nas quais não se pode confiar.

Para Melo, Maciel, et al., (2019), o preconceito, as crenças estigmatizantes sobre a doença mental e a percepção que esses indivíduos representam uma ameaça à sociedade são fatores que dificultam o desenvolvimento de comportamentos inclusivos. Dessa forma, percebe-se que ainda há muito a avançar na efetivação das políticas públicas direcionadas à saúde mental.

Este estudo busca compreender os fatores associados ao preconceito frente ao doente mental e como estes atuam no processo de exclusão desses indivíduos. Parte-se do pressuposto que as crenças causais sobre a doença mental e a percepção de ameaça estão associadas às atitudes preconceituosas. Diante disso, pergunta-se: quais crenças causais estão na base do preconceito frente o doente mental? Como a percepção de ameaça está relacionada com o preconceito frente ao doente mental? Para responder a

essas questões, esse estudo analisa as crenças sobre a natureza da doença mental e a sua associação com o preconceito frente ao doente mental e com a percepção de ameaça.

## **Método**

### *Participantes*

A amostra deste estudo foi selecionada de forma não probabilística e por conveniência. Participaram 323 estudantes do Estado da Paraíba, sendo 77,4 % (n=250) do sexo feminino e 22,6% (n=73) do sexo masculino. Os participantes estavam distribuídos entre cursos de graduação das áreas das ciências humanas e da saúde, como: Serviço social (22,3%; n=72), Psicologia (20,4%; n=66), Medicina (19,4%; n=63), Terapia Ocupacional (18,8%; n=61) e Enfermagem (18,8%; n=61).

### *Instrumentos*

Utilizou-se um questionário que, além de conter questões de caracterização biossociodemográfica dos participantes, continha as seguintes medidas:

**Escala de Crenças sobre a Doença Mental (ECDM).** Essa escala foi construída e validada por Maciel, Pereira, Lima e Souza (2015), é composta por 30 itens respondidos em uma escala Likert de cinco pontos, variando de discordo totalmente (1) a concordo totalmente (5). A ECDM avalia seis tipos de crenças sobre a natureza da Doença Mental: Psicológica (e.g. A doença mental é causada por traumas psicológicos ocorridos na infância), Religiosa (e.g. A doença mental pode ser uma das manifestações dos espíritos), Biológica (e.g. A doença mental é causada por problemas biológicos), Uso de Drogas (e.g. A ingestão de bebidas alcoólicas em demasia favorece o surgimento das doenças mentais), Socioeconômicas (e.g. A doença mental pode ser

causada por problemas financeiros) e Contingencial (e.g. A doença mental pode ser causada por um traumatismo craniano: queda que machuca a cabeça). Os índices de consistência interna da escala apontado pelos autores acima foram (alfa de Cronbach,  $\alpha$ ): psicológica ( $\alpha = 0,75$ ), religiosa ( $\alpha = 0,84$ ), biológica ( $\alpha = 0,72$ ), uso de drogas ( $\alpha = 0,81$ ), socioeconômica ( $\alpha = 0,79$ ) e contingencial ( $\alpha = 0,80$ ).

**Escala de Preconceito frente ao Doente Mental (EPDM).** Este instrumento é uma adaptação para o contexto da doença mental, realizada por Maciel, Pereira, Lima, Souza, Camino & Silva (2019), da escala desenvolvida por Pettigrew e Meertens (1995) para avaliar preconceito. A escala é composta por nove itens que descrevem situações cotidianas relacionadas à rejeição de relações de proximidade com doentes mentais. Os participantes indicaram, numa escala Likert, que varia de 1 (nada incomodado) a 5 (muito incomodado), o quanto se sentem incomodados em cada situação descrita nesses itens (e.g. Ter um(a) vizinho(a) doente mental). A consistência interna da escala foi adequada ( $\alpha = 0,84$ ), o que permite calcular um índice de preconceito frente aos doentes mentais.

**Escala de Percepção de Ameaça frente ao Doente Mental (EPADM)** Esta escala construída por Maciel et al., (2015) que visa avaliar a percepção de ameaça frente ao doente mental. É composta por nove itens, respondidos em uma escala do tipo Likert de cinco pontos, variando de discordo totalmente (1) a concordo totalmente (5), que busca verificar se os respondentes representam o doente mental como uma ameaça (e.g. É muito perigoso conviver com um doente mental). Os resultados de uma análise fatorial pelo método dos eixos principais mostraram a existência de dois fatores que explicaram 57,7% da variabilidade total. O primeiro fator, periculosidade ( $\alpha = 0,80$ ), é composto pelos itens: 1, 2, 3, 4 e 7, enquanto o segundo fator, imprevisibilidade ( $\alpha = 0,81$ ), é formado pelos os itens 5, 6, 8 e 9.

### *Procedimentos*

**Coleta dos dados.** Os instrumentos foram aplicados de forma coletiva, nas salas de aula, mas respondidos individualmente pelos participantes, que foram inicialmente informados acerca do caráter voluntário, confidencial e anônimo no que diz respeito à participação na pesquisa. Foram esclarecidos os objetivos da pesquisa em questão, assim como foram sanadas quaisquer dúvidas emergentes no momento da aplicação dos instrumentos. Foi assegurado aos participantes a possibilidade de desistência de sua participação a qualquer momento do desenvolvimento do estudo.

**Análise dos dados.** Os dados foram analisados com o auxílio do programa estatístico SPSS versão 21.0. Foram realizadas análises exploratórias com o objetivo de conhecer a estrutura fatorial dos instrumentos utilizados, bem como, foram verificadas as consistências internas das escalas através do índice Alfa de Cronbach. Na análise das escalas, além dos procedimentos estatísticos descritivos (medidas de tendência central, como média e desvio padrão) e correlações de Pearson, foram realizadas análises de regressão (método Enter) objetivando propor um modelo explicativo para a preconceito frente ao doente mental e a percepção de ameaça tendo em conta as crenças sobre a origem da doença mental.

### *Considerações éticas*

Para a execução deste projeto, foram obedecidas todas as determinações éticas contempladas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata da ética em pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba (protocolo n° 0523/15). CAAE: 49400115.4.0000.5188.

## Resultados

Foi realizada uma análise exploratória correlacional, sendo possível constatar a existência de relações entre as variáveis pesquisadas como está descrito na Tabela 1 a seguir.

**Tabela 3.** Correlações de Pearson entre as variáveis Preconceito e Percepção de Ameaça (2 Fatores: Periculosidade e Imprevisibilidade) e Crenças sobre a Doença Mental (6 Fatores).

	<b>Prec.</b>	<b>Per.</b>	<b>Imp.</b>	<b>C. Psi.</b>	<b>C. Soc.</b>	<b>C. Bio.</b>	<b>C. Reli.</b>	<b>C. Dro.</b>
<b>Per.</b>	<b>0,520**</b>							
<b>Imp.</b>	<b>0,403**</b>	<b>0,597**</b>						
<b>C. Psi.</b>	0,108	-0,024	0,074					
<b>C. Soc.</b>	0,059	0,041	0,034	<b>0,520**</b>				
<b>C. Bio.</b>	0,056	-0,014	-0,106	<b>0,286**</b>	<b>0,244**</b>			
<b>C. Reli.</b>	<b>0,220**</b>	<b>0,367**</b>	<b>0,337**</b>	<b>0,215**</b>	<b>0,327**</b>	0,036		
<b>C. Dro,</b>	0,071	0,066	<b>0,197**</b>	<b>0,506**</b>	<b>0,342**</b>	<b>0,334**</b>	<b>0,138*</b>	
<b>C. Conting.</b>	0,071	0,098	<b>0,214**</b>	<b>0,279**</b>	<b>0,707**</b>	<b>0,271**</b>	<b>0,335**</b>	<b>0,384**</b>

\*\* Correlação é significativa no nível 0,01 ( $p < 0,01$ );

\*Correlação é significativa no nível 0,05 ( $p < 0,05$ ).

Legenda: Prec.=Preconceito; Per.=Periculosidade; Imp.=Imprevisibilidade; C.Psi.=Crenças Psicológicas; C.Soc=Crenças Socioeconômicas; C.Bio=Crenças Biológicas; C.Rel.=Crenças Religiosas; C.Dro=Crenças Uso de Drogas; C.Conting.= Crenças Contingências.

Os resultados obtidos apontaram para uma relação significativa, positiva e moderada entre o preconceito e a percepção de ameaça. Isto ocorreu tanto na percepção de periculosidade ( $r = 0,52$ ;  $p < 0,01$ ), como na imprevisibilidade ( $r = 0,40$ ;  $p < 0,01$ ). O preconceito também demonstrou estar relacionado com as crenças. No caso específico deste estudo, apenas a crença religiosa apresentou correlação com o preconceito ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,01$ ), que embora seja considerada baixa, é significativa.

A percepção de ameaça, por sua vez, demonstrou estar associada à crença religiosa nos dois fatores: periculosidade ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,01$ ) e imprevisibilidade ( $r = 0,34$ ;  $p < 0,01$ ). A percepção de imprevisibilidade mostrou-se estar relacionada fraca e

positivamente com a crença no uso de drogas ( $r = 0,20$ ;  $p < 0,01$ ) e as crenças contingenciais ( $r = 0,21$ ;  $p < 0,01$ ).

Com exceção da interação entre as crenças biológica com a religiosa, as demais interações apresentaram correlação entre si (todas apresentaram correlações positivas e variando de fraca a forte).

Com o objetivo de melhor compreender o significado do padrão de correlações entre as variáveis, estimou-se um modelo de regressão que avaliou as relações entre o preconceito e as crenças sobre a doença mental (Psicológica, Religiosa, Biológica, Uso de Drogas, Socioeconômica e Contingencial). O coeficiente de regressão foi significativo,  $R^2 = 0,057$ ,  $F(6, 316) = 3,16$   $p < 0,005$ , sendo que as crenças religiosas implicam maior suporte ao preconceito, de modo que a maior concordância com essa variável está relacionada a uma maior preconceito frente ao doente mental.

Como observou-se na Tabela 1 correlações fortes e significativas entre preconceito e percepção, realizou-se uma análise de regressão na qual a variável critério periculosidade foi regredida com o preconceito e as crenças causais. Os resultados indicaram que a regressão múltipla foi significativa  $R^2 = 0,361$ ,  $F(7, 315) = 25,46$ ,  $p < 0,001$ , na qual observou-se um efeito positivo e significativo do preconceito e das crenças religiosas. Já as crenças psicológicas predisseram negativamente a periculosidade.

Quando consideramos a imprevisibilidade como variável-critério, o coeficiente de regressão foi significativo,  $R^2 = 0,32$ ,  $F(7, 315) = 22,40$ ,  $p < 0,001$ , sendo a imprevisibilidade relacionada diretamente com o preconceito, crença no uso de drogas, religiosas e contingenciais. Já as crenças biológicas e sócioeconômicas predizem negativamente a imprevisibilidade.

**Tabela 4.** Coeficientes de regressão para os modelos testados.

	Preconceito		Periculosidade		Imprevisibilidade	
	<b>b</b>	$\beta$	<b>B</b>	$B$	<b>B</b>	$\beta$
<i>Constante</i>	1,46		1,03		1,46	
<b>Preconceito</b>	--	--	0,396	0,469**	0,367	0,343**
<b>Psicológica</b>	0,094	0,084	-0,157	-0,166*	0,032	0,027
<b>Socioeconômica</b>	-0,065	-0,081	-0,014	-0,021	-0,262	-0,303**
<b>Biológica</b>	0,043	0,037	-0,029	-0,029	-0,263	-0,210**
<b>Religiosa</b>	0,240	0,220**	0,270	0,294**	0,275	0,236**
<b>Drogas</b>	0,007	0,006	0,088	0,094	0,219	0,184**
<b>Contingencial</b>	0,012	0,018	-0,001	-0,001	0,213	0,303**
<b>R<sup>2</sup></b>	0,057		0,36		0,33	

Nota.  $p < 0,05^*$ ;  $p < 0,001^{**}$

## Discussão

Os resultados demonstraram que entre as crenças sobre a natureza da doença mental, a crença religiosa foi a única que, neste estudo, apresentou relação com o preconceito, de modo que, quanto maior a crença na etiologia religiosa da doença mental, maior o preconceito frente a doente mental. Sobre isso, Maciel et al., (2019) pontua que as crenças religiosas, atreladas a questões sobrenaturais, são responsáveis por maior preconceito, uma vez que associam a doença mental a algo que foge do controle do indivíduo e a eventos inesperados, que reforçam o caráter imprevisível atribuído ao doente mental. As explicações sobre a natureza religiosa da doença mental produzidas no curso da história, no âmbito das instituições religiosas e científicas foram absorvidas e difundidas pela sociedade, foram transformadas em conceitos e crenças disseminadas no senso comum. Tais explicações exprimem a crença, desenvolvida no

âmbito da tradição judaico-cristã, de que o comportamento dissociado da realidade representa a fraqueza espiritual, culpa pelos pecados e possessão demoníaca e revela o distanciamento do modelo de exemplo de boa índole definido nessa tradição (Greenberg & Bystryn, 1982).

Os resultados demonstraram também uma correlação entre preconceito e percepção de ameaça, os dois fatores desta escala, imprevisibilidade e periculosidade, apresentaram correlação positiva e direta com o preconceito. A análise de regressão indicou que o preconceito prediz de maneira significativa a periculosidade e a imprevisibilidade, de modo que quanto maior o preconceito, maior a percepção de periculosidade e imprevisibilidade (percepção de ameaça frente ao doente mental). Esse resultado está em consonância com os fundamentos do Modelo da Discriminação Justificada, no qual os autores (Pereira, Vala & Costa-Lopes, 2010) propõe que o preconceito antecede a percepção de ameaça, entendida no contexto da saúde mental, como uma ameaça realista, que põe em risco à integridade física do grupo social dominante (as pessoas consideradas normais), posto que as representações que permeiam o imaginário popular é de que o doente mental é alguém imprevisível, agressivo e perigoso (Melo, et al., 2019).

As atitudes negativas e excludentes são comuns frente aos doentes mentais e ganha legitimidade por meio do discurso socialmente difundido de que esses indivíduos são imprevisíveis e perigosos (Corrigan, Morris, Michales, Rafacz & Rusch, 2012). Além do preconceito, a percepção de ameaça (periculosidade e imprevisibilidade) também foi predita pelas crenças, essas influenciam diretamente a relação entre o doente mental e a sociedade, podendo causar muitos prejuízos a esse grupo, como por exemplo a dificuldade de inclusão, uma vez que tais crenças podem influenciar a preferência pelo distanciamento social da comunidade (Lund & Boggero, 2014).

A crença religiosa demonstrou estar associada a percepção de ameaça nos dois fatores: periculosidade e imprevisibilidade. Considera-se que esses resultados podem ser compreendidos por uma perspectiva histórica. A crença de etiologia religiosa, ou seja, a crença de que a doença mental resulta da ação de entidades externas, como demônios, espíritos e divindades, foi difundida ao longo da história da loucura está associada a uma predição pelo distanciamento social desse público e serviu de âncora para a profusão do preconceito contra essas pessoas. Os estereótipos e as crenças compartilhadas socialmente, objetivadas em anos de marginalização e exclusão, onde estas pessoas foram representadas como incapazes, perigosas e imprevisíveis, atuam como base para alguns dos comportamentos discriminatórios percebidos nos dias de hoje (Angermeyer, Matschinger, Carta & Schomerus, 2014; Melo, et al., 2019).

A percepção de ameaça ainda apresentou, no tocante a imprevisibilidade, relação com a crença no uso de drogas. Sobre esse aspecto, Oliveira e Dias (2010) relataram que os usuários de drogas são considerados como pessoas que atentam contra a moral e os bons costumes e também contra as próprias instituições, já que são vistos como causas dos problemas de toda a sociedade, o que os transforma em seres antissociais, sendo considerados como criminosos, doentes e imprevisíveis. A relação entre imprevisibilidade e uso de drogas é estendida ao contexto da doença mental, quando a droga é atribuída como causa do adoecimento psíquico, essa relação provoca um duplo estigma aos doentes mentais.

Os achados desta pesquisa vão na mesma direção do proposto pelo MDJ, uma vez que apontam a percepção de ameaça como fator legitimador do preconceito, estando este na base desta variável. Ainda sobre os achados, é preciso destacar que as crenças causais e os comportamentos frente à doença mental são sustentados por teorias ideológicas que foram perpetuadas ao longo da história da humanidade e que precisam

ser repensadas e transformadas. A visão predominante é a de que as pessoas buscam distanciar-se dos doentes sob a égide da auto-proteção (Lund & Boggero, 2014), e esta visão legitima o suporte ao preconceito e, conseqüentemente, à exclusão social do doente mental.

Por fim, cabe ressaltar que os resultados encontrados apontam para o importante papel desempenhado pelas crenças religiosas nos comportamentos preconceituosos, bem como para uma relação positiva e significativa entre a percepção de ameaça e o preconceito. Estes achados convidam a refletir sobre o tema da saúde mental e as constantes tentativas de inclusão desse grupo social, à exemplo da proposta da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Ao explorar o preconceito sofrido pelas pessoas em sofrimento psíquico, e ainda mais, atrelar esse tema às crenças causais da doença mental, o estudo ganha acentuada relevância científica, principalmente por ser uma questão ainda pouco explorada. Sendo assim, a presente pesquisa permite o avanço do conhecimento científico na área do preconceito, das crenças e da saúde mental de uma forma geral.

Além de contribuir para gerar novos conhecimentos na área, de forma a permitir tecer orientações em termos de projetos de intervenção para modificação das crenças atreladas a doença mental. É imprescindível que estudos científicos sobre esse tema sejam cada vez mais realizados permitindo uma compreensão mais apurada da hipótese aqui trabalhada, a fim de reduzir o preconceito e, conseqüentemente, melhorar o cuidado da saúde dessas pessoas, uma vez que é possível perceber que as constantes tentativas de inclusão do doente mental na sociedade e medidas como a Reforma Psiquiátrica, nos permite encorajar em favor da luta para a superação do preconceito frente esse grupo.

É necessária a fomentação de um amplo trabalho social com o intuito de promover uma mudança nos valores, normas sociais e na própria cultura, a fim de se ter

uma sociedade mais crítica e consciente, que tanto na teoria, como na lei, como também na prática tenha atitudes que se integram, para não se pensar que é justa mas que se comporta de forma excludente e segregadora.

Pesquisas futuras poderão avaliar diretamente por meio de estudos experimentais que manipulem as crenças sobre a causa da doente mental, se as crenças podem ser utilizadas para legitimar o preconceito e promover a exclusão social.

## Referências

- Allport, Gordon. W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading: Addison-Wesley.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2014). Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *European Psychiatry, 29*(6), 390-395. doi: org/10.1016/j.eurpsy.2013.10.004
- Batista, J. R. M., Leite, E. L., Torres, A. R. R., & Camino, L. (2014). Negros e nordestinos: similaridades nos estereótipos raciais e regionais. *Revista Psicologia Política, 14*(30), 325-345. Recuperado em 14 de outubro de 2017, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519549X2014000200008&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519549X2014000200008&lng=pt&tlng=pt).
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rusch, N. (2012). Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatric Services, 63*(10), 963-973. doi: 0.1176/appi.ps.201100529
- Costa, J., Jorge, M., Coutinho, M., Costa, E., & Holanda, Í. (2016). A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: representações sociais dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. *Psicologia E Saber Social, 5*(1), 35-45. doi: 10.12957/psi.saber.soc.2016.15855.

- Delgado, P. G. (2015). Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(1), 13-18. doi: 10.1590/s0103-73312015000100002.
- Greenberg, D. F., & Bystryn, M. (1982). Christian intolerance of homosexuality. *American Journal of Sociology*, 88, 515-548. Recuperado de: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/pdfplus/10.1086/227706>
- Guimarães, A. N., Borba, L. O., Maftum, M. A., Larocca, L. M., & Nimtz, M. A. (2015). Mudanças na atenção à saúde mental decorrentes da Reforma Psiquiátrica: Percepções de profissionais de enfermagem. *Ciência e Cuidado em saúde*, 14 (1), 830-838. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v14il.22187.
- Gureje, O., Olley, B. O., Oluwanuga, O. E., & Kola, L. (2006). Do beliefs about causation influence attitudes to mental illness? *World Psychiatry*, 5(2), 104-107. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525129/>
- Lins, S. L. B., Lima-Nunes, A., Camino, L. (2014). O papel dos valores sociais e variáveis psicossociais no preconceito racial brasileiro. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 95-105. doi: 10.1590/S0102-71822014000100011.
- Lund, E. M., & Boggero, I. A. (2014). Sick in the Head? Pathogen Concerns Bias Implicit Perceptions of Mental Illness. *Evolutionary Psychology*, 12(4), 706-718. doi: 10.1177/147470491401200403.
- Maciel, S. C., Pereira, C. R., Lima, T. J., & Souza, L. E. C. (2015). Desenvolvimento e validação da escala de crenças sobre a doença mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(3), 463-473. doi: 10.1590/1678-7153.201528305.
- Maciel, S., Pereira, C., Lima, T., Souza, L., Camino, L., Silva, G. L. S. (2019). Social Exclusion of People Who Suffer from Mental Disorders: A Proposal for an

- Explanatory Model. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 29, e2915. Epub June 06, 2019. doi: 10.1590/1982-4327e2915
- Martins, A., & Sequeira, J. (2016). Representações sociais da saúde e doença mental: um estudo qualitativo com profissionais de saúde mental. *Psychologica*, 2(59), 7-22. doi: 10.14195/1647-8606\_59-2\_1.
- Martins, P. P. S., & Guanaes-Lorenzi, C. (2016). Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), 1-9. doi: 10.1590/0102.3772e324216.
- 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. Epub August 01, 2019. doi: 10.1590/1982-0275201936e170202
- 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. doi: 10.1590/1982-3703000882014.
- Pereira, C. R., Torres, A. R. R., Falcão, L., & Pereira, A. S. (2013). O papel de representações sociais sobre a natureza da homossexualidade na oposição ao casamento civil e à adoção por famílias homoafetivas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(1), 79-89. doi: 10.1590/S0102-37722013000100010.
- Pérez-Nebra, A. R., & Jesus, J. G. (2011). Preconceito, Estereótipo e Discriminação. In Torres, C. V., & Neiva, E. R. (Orgs.), *Psicologia Social: principais temas e vertentes* (pp. 218-237). Porto Alegre: Artmed.
- Pettigrew, T. F., & Meertens, R. W. (1995). Subtle and blatant prejudice in western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25(1), 203-226. doi:10.1002/ejsp.2420250106.

- Read, J., Haslam, N., Sayce, L., & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the “mental illness is an illness like any other” approach. *Acta Psychiatrica Scand*, 114, 303–318. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x.
- Ross, C. A. & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 558–567. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x
- Sousa, P. F., Maciel, S. C., Medeiros, K. T., & Vieira, G. L. S. (2016). Atitudes e Representações em Saúde Mental: Um Estudo com Universitários. *Psico-USF*, 21(3), 527-538. doi: 10.1590/1413-82712016210307
- Sousa, S., Marques, A., Curral, R., & Queirós, C. (2012). Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34(4), 186-197. doi: 10.1590/S2237-60892012000400004
- Vasconcelos, M. F. F., & Paulon, S. M. (2014). Instituição militância em análise: a (sobre) implicação de trabalhadores na Reforma Psiquiátrica brasileira. *Psicologia & Sociedade*, 26(spe), 222-234. doi: 10.1590/S0102-7182201400050002.

## **CAPÍTULO 4**

---

---

### **ARTIGO 4 - Exclusão social do doente mental: experimento e modelo explicativo**

## EXCLUSÃO SOCIAL DO DOENTE MENTAL: EXPERIMENTO E MODELO EXPLICATIVO

### RESUMO

A compreensão sobre os processos de exclusão social de grupos minoritários se coloca como uma das grandes armas no combate a essa realidade. Este trabalho se propõe a contribuir para compreensão desse fenômeno, objetivando analisar como as crenças sobre a natureza da doença mental, a percepção de ameaça, o preconceito, a possibilidade de cura e a responsabilização influenciam o suporte à exclusão social. Estruturado em duas partes, a Parte 1, experimental (N = 413), objetivou analisar a influência das crenças causais da doença mental, do preconceito, da percepção de ameaça, da curabilidade e responsabilização no processo de exclusão social. O estudo apresenta uma vinheta que relata o adoecimento mental de um homem. Na estória apresentada foram manipulados o tipo de crença causal (biológica, psicológica e religiosa, mais um grupo controle) e a curabilidade (curável x incurável). Os participantes também responderam a uma medida de atribuição de responsabilização do doente mental. Os resultados mostraram efeito significativo da causa da doença mental na exclusão (crença religiosa gera maior exclusão), percepção de ameaça e responsabilização (crença no uso de drogas gera maior responsabilização). A crença na incurabilidade da doença mental mostrou efeito significativo na exclusão e percepção de ameaça. O efeito da interação entre crença e curabilidade foi significativo apenas para a responsabilização. A Parte 2 (N = 413) é correlacional e buscou tratar um modelo sobre o papel das crenças, do preconceito, percepção de ameaça, responsabilização e curabilidade na exclusão social. Análises de regressão demonstraram a relação entre o preconceito e a exclusão é mediada pela percepção de ameaça. Os resultados também indicam que o preconceito é mediado pelas crenças causais e moderado pela curabilidade e responsabilização, oferecendo então suporte ao processo de exclusão social. Desarte, as implicações desses resultados devem ser considerados como uma contribuição para compreender o preconceito destinado ao doente mental, bem como servir de suporte para formulação de estratégias para reduzir o preconceito e a exclusão social.

**Palavras-chave:** Exclusão social; Preconceito; Percepção de ameaça; Doente mental.

## **SOCIAL EXCLUSION OF THE MENTAL PATIENTE: EXPERIMENT AND EXPLANATORY MODEL**

### **ABSTRACT**

The processes of social exclusion of minority groups is one of the great weapons in the fight against this reality. This work aims to contribute to the understanding of this phenomenon, aiming to analyze how beliefs about the nature of mental illness, the perception of threat, prejudice, the possibility of cure and accountability influence support for social exclusion. Structured in two parts, Part 1, experimental (N = 413), aimed to analyze the influence of the causal beliefs of mental illness, prejudice, perception of threat, curability and accountability in the process of social exclusion. The study features a vignette that reports a man's mental illness. In the story presented, the type of causal belief (biological, psychological and religious, plus a control group) and curability (curable x incurable) were manipulated. Participants also responded to a measure of attributing accountability to the mentally ill. The results showed a significant effect of the cause of mental illness on exclusion (religious belief generates greater exclusion), perceived threat and accountability (belief in drug use generates greater accountability). The belief in the incurability of mental illness showed a significant effect on exclusion and perceived threat. The effect of the interaction between belief and curability was significant only for accountability. Part 2 (N = 413) is correlational and sought to address a model on the role of beliefs, prejudice, perceived threat, accountability and curability in social exclusion. Regression analyzes demonstrated the relationship between prejudice and exclusion is mediated by the perception of threat. The results also indicate that prejudice is mediated by causal beliefs and moderated by curability and accountability, thus offering support to the process of social exclusion. Therefore, the implications of these results should be considered as a contribution to understand the prejudice aimed at the mentally ill, as well as to support the formulation of strategies to reduce prejudice and social exclusion.

**Keywords:** Social exclusion; Preconception; Perception of threat; Brain sick

## **Introdução**

O pensamento categórico é uma tendência natural e inevitável (Rothbart & Taylor, 1992). A categorização poderia ser considerada um ato necessário, facilitador para percepção da vida cotidiana, mas também pode ser considerada fonte geradora de preconceito (Allport, 1954). A diferença, bem como a tendência à inferiorização, dentro do processo de categorização, é algo que acompanha a nossa história, que marca os encontros intergrupais (Lima, Faro & Santos, 2016) onde diferenças físicas, morais e sociais se colocam como princípios operativos a hierarquização e o preconceito (Lima & Vala, 2004). A atribuição de características, a construção de imagens do outro, colocando-o em uma posição de inferioridade e que justifiquem a indiferença, o distanciamento e até mesmo os maus-tratos contra ele é um dos primeiros passos para a violência, discriminação e exclusão desse outro (Lima, Faro & Santos, 2016).

Alguns estudos têm demonstrado que assim como acontece com diversos grupos de minorias sociais, os doentes mentais são categorizados. Ou seja, são representados de forma distorcida, pautada por diferentes elementos ao longo da história (Maciel, Pereira, Lima, Souza & Vieira, 2019; Sousa, Maciel, Medeiros & Vieira, 2016; Vieira, 2014). Analisando o fenômeno sob um ponto de vista psicossocial, é possível perceber como o tempo, as culturas, valores e as crenças dos povos relacionados a momentos históricos e ao longo da história, concebeu a doença mental sob ângulos distintos que partiram desde a aceitação social à discriminação, associando a doença mental a práticas místicas (endemoniados, possuídos), criminalidade e a desrazão, justificando sob diversos aspectos o papel dos doentes mentais como excluído da sociedade e normatizando-os de modo a suprimir os sintomas e/ou tutelar suas vidas a medicina psiquiátrica, a despeito

de qualquer exercício de cidadania. O preconceito se apresenta então, como atestam Camino, Machado e Pereira (2001), como uma forma de consciência social que se desenvolveu em situações históricas de dominância no interior das relações intergrupais.

Uma reflexão mais profunda permite entender que o preconceito direcionado ao doente mental, desenvolvido no seio dos grupos dominantes, provoca um enviesamento na percepção e avaliação que se faz do grupo-alvo de preconceito (Allport, 1962). Um exemplo disso é a percepção que se tem dos doentes mentais como uma ameaça, fonte de perigo, imprevisibilidade e incapacidade do convívio social harmônico<sup>6</sup> (Maciel, Pereira, Lima, Souza & Vieira, 2019). Os estereótipos e os tipos as crenças associadas a esse grupo, além de se colocarem como componentes que reforçam o preconceito, podem ser entendidos como proposições organizadas em um sistema logicamente estruturado, sendo capazes de ativar motivações e, portanto, condutas sociais, influenciando processos coletivos, à exemplo do processo de exclusão social (Barbosa, 2015).

Atualmente, após a Reforma Psiquiátrica, o debate sobre a exclusão social do doente mental ganha expressividade na tentativa de compreender como, mesmo diante de novos direitos conquistados, a exclusão frente a esse público permanece frequente e um grande desafio a ser superado. Considerando que diversos processos psicossociais podem atuar como motivadores para discriminação contra grupos minoritários, várias teorias<sup>7</sup> têm buscado compreender como a legitimação atenua a essência preconceituosa dos comportamentos discriminatórios.

Mesmo diante de sociedades liberais e democráticas, com legislações definidas e que se dizem antipreconceituosas, as pessoas mantêm discursos e/ou ações

---

<sup>6</sup> Como pode ser atestado nos estudos anteriores desenvolvidos nesse Trabalho de Tese

<sup>7</sup> Teoria da Dominância Social (Sidanius e Pratto, 1999), Teoria da Justificação do Sistema (Jost e Banaji, 1994), Modelo da Justificação-Supressão do Preconceito (Crandall e Eshleman, 2003) e Modelo da Discriminação Justificada (Pereira, Vala e Costa-Lopes, 2010)

discriminatórias adotando justificações – aparentemente não preconceituosas - que tornam suas ações justas e legítimas. Neste sentido, o Modelo da Discriminação Justificada - MDJ (Pereira, Vala, & Costa-Lopes, 2010), sugere que as pessoas são “influenciadas por duas forças motivacionais antagônicas: motivadas a discriminar por causa do preconceito internalizado, como são motivadas a não discriminar porque também internalizaram valores igualitários em seu autoconceito” (Pereira, Mateus & Santos, 2019.p.94), para solucionar a tensão gerada por essas forças motivacionais opostas, o MDJ propõe que a discriminação acontece usando justificações consideradas não preconceituosas e, portanto, entendidas como justas e legítimas.

No contexto do preconceito contra os doentes mentais, propomos que a percepção de ameaça direcionada ao doente mental atua de forma a legitimar preconceito, pois pode ser percebida como não preconceituosa, mas como uma preocupação legítima de autopreservação. Ainda que alguns estudos evidenciem uma clara associação entre preconceito, percepção de ameaça e exclusão social (Maciel et al., 2019; Melo, 2015), é escasso o conhecimento sobre os fatores subjacentes às dificuldades de inserção e/ou reinserção social dos doentes mentais, processo esse compreendido como exclusão social.

O problema investigado neste estudo busca compreender como as crenças causais da doença mental e o preconceito contra esse grupo social influenciam na percepção de ameaça, responsabilização e exclusão social destas pessoas. Nossa argumentação é de que a percepção do tipo de causa da doença mental, a curabilidade e a responsabilização terão efeito significativo na exclusão social do doente mental. Além disso, espera-se que esses fatores atuem em conjunto com o preconceito, percepção de ameaça e exclusão social.

Parte-se do pressuposto de que, devido à complexidade do fenômeno investigado, são necessários novos estudos sobre a temática pois, apesar de publicações na área, inclusive com a propositura de modelos explicativos do preconceito, à exemplo do modelo proposto por Melo (2017) que explica o preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia com base nos estereótipos e nas crenças causais; e modelos explicativos da exclusão social, à exemplo da propositura realizada por (Maciel et; al., 2019), que atesta que a exclusão social é motivada pelo preconceito contra o doente mental, sendo o preconceito ancorado nas crenças que os participantes mantêm sobre a natureza da doença mental e mediado pela percepção de ameaça, que atuaria nesse processo de maneira a justificar e legitimar a exclusão; o estudo atual busca, então, contribuir para a consolidação da evidência empírica desses processo.

Justifica-se então o estudo aqui desenvolvido pela complementariedade de novas variáveis aos modelos já existentes (Maciel et; al., 2019), como é exemplo as variáveis percepção de responsabilização e curabilidade do doente mental para compreensão do processo de exclusão social. Além da utilização de um cenário experimental, onde as crenças causais e a curabilidade foram manipuladas, proporemos também testar um modelo explicativo que analisa a relação entre essas variáveis e o apoio social à exclusão do doente mental.

### ***Visão geral do Estudo***

Tomando como base os postulados anteriormente descritos, foi realizado um Estudo, dividido em duas partes, para investigar o processo de exclusão social do doente mental. A primeira parte foi experimental e fornece evidências preliminares para o teste de um modelo explicativo que é exposto na parte 2, o qual propõe analisar a exclusão do

doente mental com base nas crenças causais, preconceito, percepção de ameaça, curabilidade e responsabilização.

A Parte 1 propõe que as crenças acerca da origem da doença mental influenciam o preconceito contra o doente mental (*Hipótese 1*), à medida que as crenças sobre a natureza dos grupos sociais estão na base do preconceito (Pereira, Torres, Falcão, & Pereira, 2013), funcionando como princípios organizadores que motivam a expressão da discriminação (Pereira, Pereira, & Monteiro, 2016). Embora seja importante destacar que há uma grande variabilidade e inconsistência reportados na literatura sobre a relação entre os tipos de crenças e o preconceito (Phelan, 2002), para esse estudo será considerado que as crenças biológicas estão relacionadas a curabilidade (*Hipótese 2*), pois ao considerar a etiologia orgânica para a doença mental, ela é percebida como uma doença que pode ser tratada e, portanto, controlada e curada (Phelan, 2002).

A Parte 2 trata da propositura de um modelo explicativo no qual, serão consideradas como variáveis preditoras a crenças acerca da natureza da doença mental, o preconceito, a percepção de que o doente mental representa uma ameaça, a curabilidade da doença (crença que a doença mental pode ser curável ou incurável) e a responsabilização. Prevê-se que o preconceito irá predizer a percepção de que o doente mental apresenta uma ameaça (*Hipótese 3*), que por sua vez irá predizer a exclusão deste (*Hipótese 4*). Especificamente, quanto maior for o grau de preconceito, mais as pessoas avaliarão o doente mental como uma ameaça; e quanto maior for a percepção dessa ameaça, maior será a exclusão dos doentes mentais. Desta forma, a percepção de ameaça se coloca como defesa legitimada (Pereira & Vala, 2011). Por essa razão, a percepção de ameaça irá mediar a relação entre preconceito e exclusão (*Hipótese 5*). Prevê-se que crenças mais subjetivas, como a crença religiosa, prediz o preconceito e a consequente exclusão do doente mental (*Hipótese 6*), tal como comprovado em estudos

desenvolvidos por Maciel, et al, 2019 e Melo, 2015; existindo então uma interação tripla entre crenças, curabilidade e preconceito na percepção de que o doente mental representa uma ameaça (*Hipótese 7*).

## **Método**

### *Participantes*

Participaram 413 universitários de instituições públicas e privadas, selecionados de forma não probabilística e por conveniência. A amostra apresentou uma média de idade de 24 anos ( $DP = 6,5$ ), sendo a maioria do sexo feminino (69,7%). Os participantes estavam distribuídos entre os cursos das áreas de saúde e humanas. Quanto ao convívio com doentes mentais, 33,4% dos participantes revelaram ter algum contato ou convívio com doentes mentais; esse convívio varia desde membros da família nuclear, como: pai, mãe, irmãos, até pessoas com vínculos considerados secundários, como vizinhos, colegas de trabalho ou pessoas conhecidas.

### *Instrumentos*

Para atender ao objetivo proposto, foi utilizado um questionário biossociodemográfico a fim de obter o perfil da amostra, com questões que versavam sobre curso, sexo, convivência com doente mental. Além do questionário, foram utilizados os seguintes instrumentos:

**Escala de Crenças sobre a Doença Mental (ECDM).** Essa escala foi construída e validada por Maciel, Pereira, Lima & Souza (2015). O instrumento é composto por 30 itens respondidos em uma escala de cinco pontos, variando de discordo totalmente (1) a concordo totalmente (5). A ECDM avalia seis tipos de

crenças sobre a natureza da Doença Mental: Psicológica (e.g. A doença mental é causada por traumas psicológicos ocorridos na infância), Religiosa (e.g. A doença mental pode ser uma das manifestações dos espíritos), Biológica (e.g. A doença mental é causada por problemas biológicos), Uso de Drogas (e.g. A ingestão de bebidas alcoólicas em demasia favorece o surgimento das doenças mentais), Socioeconômica (e.g. A doença mental pode ser causada por problemas financeiros) e Contingencial (e.g. A doença mental pode ser causada por um traumatismo craniano: queda que machuca a cabeça). Uma análise fatorial dos eixos principais com rotação varimax revelou adequabilidade da amostra por meio do KMO = 0,85 e Teste de Esfericidade de Bartlett significativo [ $X^2(435) = 4629,52$ ;  $p < 0,001$ ]. Os seis fatores explicaram conjuntamente 57,37% da variância total com valores próprios entre 1,17 e 7,39. As consistências internas dos fatores foram adequadas para a presente amostra: Psicológica ( $\alpha = 0,79$ ), Socioeconômica ( $\alpha = 0,78$ ), Biológica ( $\alpha = 0,79$ ), Religiosa ( $\alpha = 0,82$ ), Uso de Drogas ( $\alpha = 0,69$ ) e Contingenciais ( $\alpha = 0,73$ ).

**Escala de Preconceito frente ao Doente Mental (EPDM).** Este instrumento é uma adaptação para o contexto da doença mental, realizada por Maciel et. al.,(2019), da escala desenvolvida por Pettigrew e Meertens (1995) para avaliar preconceito. A escala é composta por nove itens que descrevem situações cotidianas relacionadas à rejeição de relações de proximidade com doentes mentais. Os participantes indicam, numa escala que varia de 1 (nada incomodado) a 5 (muito incomodado), o quanto se sentem incomodados em cada situação descrita nesses itens (e.g. Ter um(a) vizinho(a) doente mental). Uma análise fatorial dos eixos principais revelou adequabilidade da amostra por meio do KMO = 0,82 e Teste de Esfericidade de Bartlett significativo [ $X^2(36) = 2097,70$ ;  $p < 0,001$ ]. O fator geral explicou 52,24% da variância total com valor próprio 4,70. A consistência interna da escala foi de 0,88, sendo satisfatória.

**Escala de Percepção de ameaça frente ao Doente Mental (EPADM).** Esta escala foi desenvolvida por Maciel et al., (2015) e avalia a percepção de ameaça frente ao doente mental. É composta por nove itens, respondidos em uma escala de cinco pontos variando de discordo totalmente (1) a concordo totalmente (5), que busca verificar se os respondentes representam o doente mental como uma ameaça (e.g. É muito perigoso conviver com um doente mental). Uma análise fatorial dos eixos principais com rotação varimax revelou adequabilidade da amostra por meio do KMO = 0,86 e Teste de Esfericidade de Bartlett significativo [ $X^2(36) = 1410,47$ ;  $p < 0,001$ ]. Dois fatores explicaram conjuntamente 60,92% da variância total com valores próprios 4,22 e 1,25, respectivamente. A consistência interna dos fatores Periculosidade ( $\alpha = 0,85$ ) e Imprevisibilidade ( $\alpha = 0,72$ ) foram considerados satisfatórios para nível de pesquisa.

**Escala de Exclusão Social (EES).** Esta escala foi construída por Maciel et al., (2017) e avalia a concordância com o tratamento dos doentes mentais feito na comunidade ou nos hospitais psiquiátricos (e.g. O doente mental deve ser mantido em isolamento; Doentes mentais devem conviver livremente na comunidade). A medida é composta por seis itens, respondidos em uma escala de cinco pontos, variando de discordo totalmente (1) a concordo totalmente (5). Resultados de uma análise fatorial dos eixos principais apontaram adequabilidade da amostra por meio do KMO = 0,81 e Teste de Esfericidade de Bartlett significativo [ $X^2(36) = 1057,86$ ;  $p < 0,001$ ]. O fator geral explicou 40,83% da variância total com valor próprio 4,67. Os itens 3, 6, 7, 8 e 9 com cargas negativas precisaram ser invertidos para o cálculo da pontuação total. A consistência interna da escala foi de 0,80, sendo satisfatória.

**Vinhetas (manipulação)**<sup>8</sup>. Os participantes foram alocados randomicamente em uma de 10 condições de acordo com o desenho fatorial do tipo 5 (tipo de causa: crença biológica x crença no uso de drogas x crença psicológica x crença religiosa x grupo controle) X 2 (curabilidade: curável x incurável) inter-participantes. Durante a aplicação dos instrumentos, os participantes foram solicitados a colaborar com um estudo sobre saúde mental, no qual a tarefa consistia em responder a um questionário formado por dois blocos. No primeiro bloco, foi apresentada uma vinheta que contava a história de um homem diagnosticado com esquizofrenia (ver, em anexo, o material usado na manipulação)<sup>9</sup>. Foram relatados os sintomas de alucinações táteis, delírios auditivos e persecutórios. A vinheta também relatava a causa da doença mental do personagem de acordo com as condições de manipulação: causa biológica, causa pelo uso de drogas, causa psicológica, causa religiosa ou indeterminada (grupo controle). Além disso, a vinheta sinalizava para a possibilidade de cura do personagem (segundo a condição manipulada).

Ainda no primeiro bloco, após a leitura da vinheta os participantes responderam a uma medida de percepção de ameaça (Escala de Percepção de Ameaça), uma medida de inclusão/exclusão social (Escala de Adesão a Reforma Psiquiátrica), uma escala de curabilidade, onde o participante deveria, em uma escala de 0 (nada responsável) a 10 (muito responsável), atribuir em que medida credita responsabilidade da doença ao personagem; uma escala semelhante de curabilidade, onde o participante deveria, em uma escala de 0 (baixa possibilidade de cura) a 10 (alta possibilidade de cura), atribuir em que medida acreditava que o personagem poderia ser curado. Todas as medidas utilizadas foram personalizadas com o nome do personagem. Ao fim do primeiro bloco,

---

<sup>8</sup> Instrumentos em anexo.

<sup>9</sup> O termo esquizofrenia foi adotado pelo fato desse estudo abordar doenças mentais graves e serem relatados na vinheta, apresentada aos participantes, sintomas representativos desse transtorno. Além disso estudos indicam (Pescosolido, Medina, Martin e Long, 2013) que a esquizofrenia é mais susceptível de ser considerada por um maior número de pessoas como sendo, de fato, uma doença mental.

para testar se a manipulação usada no estudo foi eficaz, foi realizada uma checagem onde o participante foi requerido a informar, sem retornar a vinheta, a doença mental do personagem e a causa atribuída (crença) no texto apresentado, afim de confirmar a compreensão do participante sobre a história relatada.

Os resultados da *manipulation check* indicaram que os participantes percebem a causa da doença mental do personagem consonante com a condição explicativa (crença) a que foram expostos. A análise do Teste Qui-quadrado mostrou-se ser significativo [ $\chi^2(20) = 1161,86; p < 0,001$ ]. Observou-se que 94% dos participantes submetidos a causa Psicológica, 93% a causa Biológica, 91% causa Religiosa, 98% causa pelo Uso de drogas perceberam corretamente a causa da doença da pessoa descrita na vinheta. Dos participantes da condição de controle, apenas 34 % responderam que não lembravam a causa. Todos os participantes afirmaram se tratar de um caso de esquizofrenia.

No segundo bloco, os participantes responderam as medidas de preconceito (Escala de Preconceito), de exclusão social (Escala de Exclusão Social) e a Escala de Crenças sobre a Doença Mental. Estas medidas foram aplicadas de forma generalistas, ou seja, não personalizadas com o nome do personagem da vinheta. Ao fim, os participantes ainda responderam a um questionário biosociodemográfico, com fins de caracterizar a amostra.

### *Procedimentos*

**Coleta de dados.** Os instrumentos foram aplicados coletivamente nas salas de aula. Inicialmente, foram fornecidas informações aos possíveis participantes sobre o objetivo do estudo, a inexistência de respostas certas ou erradas, o direito de optar por participarem ou não da pesquisa e a garantia de anonimato. A coleta de dados foi condicionada a aceitação dos estudantes em participar da pesquisa através da assinatura

do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os procedimentos éticos para realização de pesquisas com humanos foram devidamente seguidos. CAAE: 49400115.4.0000.5188.

**Análise dos dados.** Os dados foram tabulados e analisados através do SPSS versão 21.0. Foram realizadas estatísticas descritivas, ANOVAS fatoriais 5x2 afim de verificar a interação entre as variáveis e Regressão para mensurar o efeito das crenças, preconceito, curabilidade e responsabilização sobre a exclusão social. Afim de verificar as interações entre as variáveis controlando a percepção de ameaça (periculosidade e imprevisibilidade), foram realizadas ANCOVAS.

Para a parte 2 do Estudo, uma *path analysis* foi realizada com base na matriz de variância-covariância e adotando o estimador ML (Máxima Verossimilhança). Para conhecer o ajuste do modelo proposto utilizaram-se os seguintes indicadores: a razão do qui-quadrado pelos graus de liberdade ( $\chi^2/gl$ ), onde valores menores do que 5 indicam um ajuste adequado do modelo; o comparative fit index (CFI), para os quais valores iguais ou superiores a 0,90 indicam bom ajuste; e o root mean square error of approximation (RMSEA), cujos valores menores ou iguais a 0,06 indicam ajuste satisfatório, aceitando-se aqueles de até 0,10 (Garson, 2012). Foram realizadas ainda análises de mediação através do *PROCESS*, sendo computadas *bootstrapping* com 5000 *resampling*. e os intervalos de confiança dos efeitos indiretos calculados com um índice de 95% de confiança.

## **Resultados**

### **Parte 1 - Experimental**

#### ***O efeito da Causa da doença mental e da curabilidade na Exclusão social***

Foram analisados os dados por meio de uma ANOVA fatorial com desenho experimental 5 (Causa da doença mental: Biológico vs. Psíquico vs. Sem causa vs. Religiosa vs. Droga) x 2 (Curabilidade: Incurável vs. Curável), que resultou em 10 condições experimentais. A variável dependente foi Exclusão. A Tabela 1 apresenta as estatísticas descritivas do nível da Exclusão Social fornecido em cada condição experimental e a Tabela 2 apresenta os coeficientes de regressão das variáveis independentes na predição da Exclusão Social.

**Tabela 1.** Média e Desvio Padrão da Exclusão social em cada condição experimental

Causa	Curabilidade		Total
	Incurável	Curável	
<b>Biológica</b>	2,62 (0,67)	2,47 (0,61)	2,54 (0,64)
<b>Psíquico</b>	2,60 (0,68)	2,43 (0,57)	2,52 (0,63)
<b>Sem Causa</b>	2,46 (0,67)	2,36 (0,55)	2,41 (0,61)
<b>Religiosa</b>	2,74 (0,77)	2,45 (0,54)	2,60 (0,68)
<b>Drogas</b>	3,16 (0,67)	2,96 (0,50)	3,06 (0,60)
<b>Total</b>	<b>2,74 (0,73)</b>	<b>2,56 (0,59)</b>	

Os resultados mostraram um efeito principal significativo da Causa doença mental [ $F(4, 403) = 14,27, p < 0,001, \eta^2p = 0,124$ ]. As comparações múltiplas mostraram que a Causa por Drogas ( $M = 3,06; DP = 0,60$ ) forneceu maior valor da Exclusão social quando comparados a condição controle ( $b = 0,64; SE = 0,099, p < 0,001, d = 1,07; r_e = 0,47$ ) e às causas biológica ( $b = 0,52, SE = 0,098, p < 0,001; d = 0,83, r_e = 0,38$ ), Psíquica ( $b = 0,54; SE = 0,099, p < 0,001, d = 0,89, r_e = 0,40$ ) e Religiosa ( $b = 0,46; SE = 0,091, p < 0,001, d = 0,73, r_e = 0,34$ ). Também observou-se o efeito principal da Curabilidade significativo [ $F(1, 403) = 8,67; p = 0,003, \eta^2p = 0,021$ ],

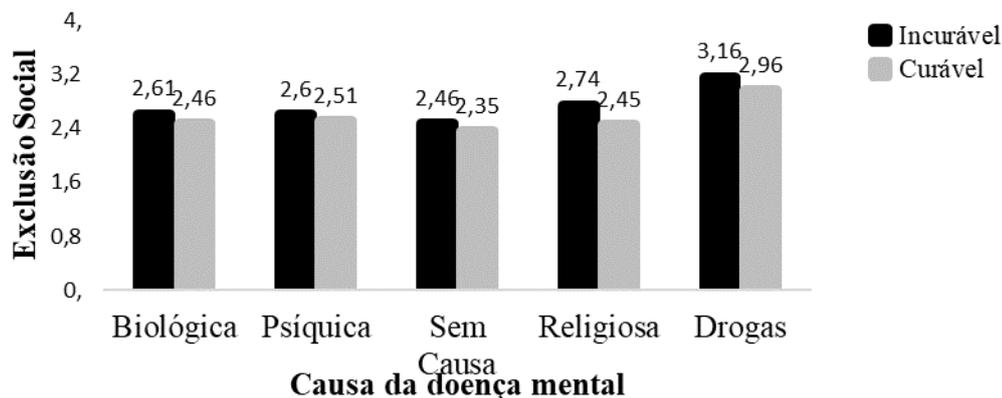
visto que na condição Incurável houve maior suporte a exclusão social do doente mental ( $M = 2,74$ ;  $DP = 0,73$ ) do que na condição Curável ( $M = 2,56$ ;  $DP = 0,59$ ) ( $b = 0,18$ ,  $SE = 0,063$ ,  $d = 0,27$ ,  $r_e = 0,13$ ).

**Tabela 2.** ANOVA para modelo causal da Exclusão Social

	$\Sigma$ dos quadrados	g.l	F	p	$\eta^2$ parcial
<b>b<sub>0</sub></b>	2790,45	1	7018,490	0,000	0.946
<b>Causa</b>	22,70	4	14,274	0,000	0.124
<b>Curabilidade</b>	3,44	1	8,675	0,003	0.021
<b>Causa*Curabilidade</b>	0,41	4	0,258	0,905	0.003
<b>Erro</b>	160,22	403			
<b>Total</b>	3082,09	413			

Nota. Variável Dependente: Exclusão Social; g.l – graus de liberdade;  $R^2 = 0,142$  ( $R^2$  Ajustado = 0,122).

Entretanto, como pode ser observado na Tabela 2, a interação entre Causa da doença mental e Curabilidade não foi significativa [ $F(4, 403) = 0,258$ ,  $p = 0,905$ ,  $\eta^2 p = 0,003$ ]. A decomposição da interação (Figura 1) mostrou que o efeito da Cura na exclusão foi significativo para a causa Religiosa [ $F(1, 403) = 5,24$ ;  $p = 0,023$ ,  $\eta^2 p = 0,013$ ], mas não para as demais causas. Os participantes atribuíram maior Exclusão social na condição causa Religiosa quando a doença mental era Incurável ( $M = 2,74$ ;  $DP = 0,77$ ) do que quando era Curável ( $M = 2,45$ ;  $DP = 0,53$ ) ( $b = 0,29$ ,  $SE = 0,127$ ,  $p = 0,023$ ;  $d = 0,44$ ,  $r_e = 0,21$ ).



**Figura 1.** Efeito da causa da doença mental sob a exclusão social nas condições incurável e curável

*O efeito da Causa da doença mental e da curabilidade na Exclusão social controlando a imprevisibilidade e periculosidade percebida*

Uma nova ANOVA fatorial foi aplicada, mas desta vez inserindo no modelo como covariáveis a Ameaça e Periculosidade.

**Tabela 3.** ANOVA para modelo causal da Exclusão Social após inclusão das covariáveis imprevisibilidade e periculosidade

	$\Sigma$ dos quadrados	g.l	F	p	$\eta^2$ parcial
<b>b<sub>0</sub></b>	34.23	1	130,08	0,000	0,245
<b>Imprevisibilidade</b>	3.03	1	11,55	0,001	0,028
<b>Periculosidade</b>	28.83	1	109,56	0,000	0,215
<b>Causa</b>	3.60	4	3,42	0,009	0,033
<b>Curabilidade</b>	0,976	1	3,70	0,055	0,009
<b>Causa*Curabilidade</b>	0,576	4	0,547	0,701	0,005
<b>Erro</b>	105,51	401			
<b>Total</b>	3082,09	413			

Nota. Variável Dependente: Exclusão Social; g.l – grau de liberdade;  $R^2 = 0,435$  ( $R^2$  Ajustado = 0,419).

Como observado na Tabela 3, a imprevisibilidade e a periculosidade do doente mental correlacionaram-se significativamente ( $p < 0,001$ ) com a Exclusão Social. Com estas variáveis controladas, o efeito principal da causa da doença mental continuou significativo [ $F(4, 401) = 3,42$ ;  $p = 0,009$ ;  $\eta^2p = 0,03$ ]. Entretanto, o efeito da Curabilidade foi não significativo [ $F(1, 401) = 3,70$ ;  $p = 0,055$ ;  $\eta^2p = 0,009$ ]. A interação entre Causa e Curabilidade foi não significativa [ $F(4, 401) = 0,54$ ;  $p = 0,701$ ;  $\eta^2p = 0,005$ ]. Com isso, há evidências de que a imprevisibilidade e a periculosidade são construtos importantes que interferem na relação causal da curabilidade e, conseqüentemente, na Exclusão Social.

#### *O efeito da Causa da doença mental e da curabilidade na Percepção de Ameaça*

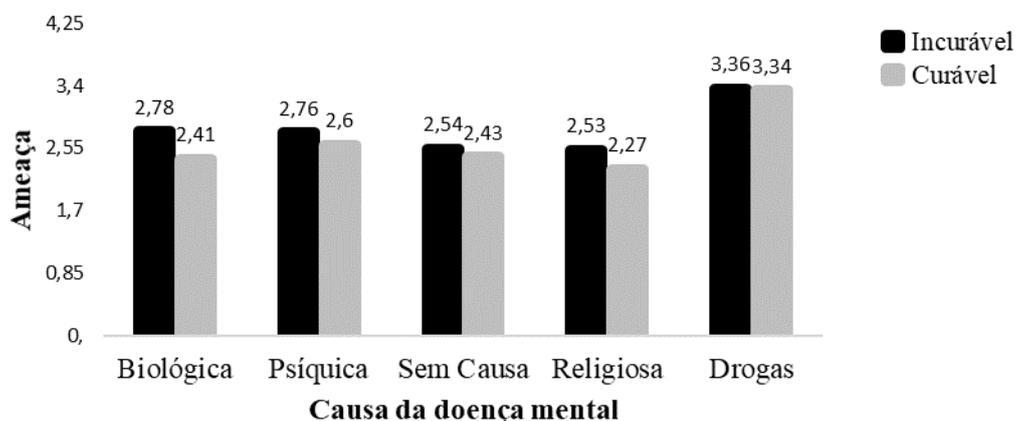
Foi realizada uma ANOVA fatorial com desenho experimental 5 (Causa da doença mental) x 2 (Curabilidade), que resultou em 10 condições experimentais. A variável dependente foi a Percepção de Ameaça. A Tabela 4 apresenta estatísticas descritivas para a Percepção de Ameaça percebida em cada condição experimental e a Tabela 5 apresenta os coeficientes de regressão das variáveis independentes na predição da Percepção de Ameaça.

**Tabela 4.** Média e Desvio Padrão (entre parênteses) da Percepção de Ameaça em cada condição experimental

Causa	Curabilidade		Total
	Incurável	Curável	
<b>Biológica</b>	2,78 (0,67)	2,41 (0,60)	2,60 (0,66)
<b>Psíquico</b>	2,76 (0,65)	2,60 (0,71)	2,69 (0,68)
<b>Sem Causa</b>	2,55 (0,68)	2,43 (0,77)	2,49 (0,73)
<b>Religiosa</b>	2,53 (0,70)	2,27 (0,63)	2,40 (0,68)
<b>Drogas</b>	3,36 (0,69)	3,34 (0,64)	3,35 (0,66)
<b>Total</b>	<b>2,80 (0,74)</b>	<b>2,64 (0,78)</b>	

Os resultados mostraram um efeito principal significativo da Causa da doença mental [F (4, 403) = 13,25,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2p = 0,224$ ]. As comparações múltiplas mostraram que a Causa por Drogas (M = 3,35; DP = 0,66) levou a uma maior Percepção de Ameaça quando comparados à condição controle (b = 0,86; SE = 0,105,  $p < 0,001$ ,  $d = 1,25$ ,  $r_e = 0,53$ ) e às causas: biológica (b = 0,75, SE = 0,105,  $p < 0,001$ ;  $d = 1,13$ ,  $r_e = 0,49$ ), Psíquica (b = 0,67; SE = 0,106,  $p < 0,001$ ,  $d = 0,98$ ,  $r_e = 0,44$ ), e Religiosa (b = 0,95; SE = 0,097,  $p < 0,001$ ,  $d = 1,41$ ,  $r_e = 0,57$ ).

Além disso, observou-se o efeito principal da Curabilidade significativo [F (1, 403) = 3,44;  $p = 0,006$ ,  $\eta^2p = 0,018$ ], visto que na condição Incurável houve maior percepção de ameaça do doente mental (M = 2,80; DP = 0,74) do que a condição Curável (M = 2,64; DP = 0,78) (b = 0,18, SE = 0,067,  $d = 0,21$ ,  $r_e = 0,10$ ). Também houve uma diferença significativa entre as causas Psíquica (M = 2,69; DP = 0,68) e Religiosa (M = 2,40; DP = 0,68) (b = 0,28, SE = 0,105,  $p = 0,008$ ,  $d = 0,42$ ,  $r_e = 0,20$ ).



**Figura 2.** Efeito da causa da doença mental sob a percepção de ameaça nas condições incurável e curável.

O efeito da interação entre Causa e Curabilidade foi não significativo [F (4, 403) = 0,84;  $p = 0,499$ ,  $\eta^2p = 0,008$ ], como observado na Tabela 5 e Figura 2.

**Tabela 5.** ANOVA para modelo causal da Percepção de Ameaça

	$\sum$ dos quadrados	g.l	F	p	$\eta^2$ parcial
<b>b<sub>0</sub></b>	2961,35	1	6485,94	0,000	0,942
<b>Causa</b>	53,01	4	29,02	0,000	0,224
<b>Curabilidade</b>	3,44	1	7,53	0,006	0,018
<b>Causa*Curabilidade</b>	1,53	4	0,84	0,499	0,008
<b>Erro</b>	184,00	403			
<b>Total</b>	3302,18	413			

Nota. Variável Dependente: Ameaça; g.l – graus de liberdade;  $R^2 = 0,239$  ( $R^2$  Ajustado = 0,222).

### *O efeito da Causa da doença mental e da curabilidade na Responsabilização do*

#### *Doente Mental*

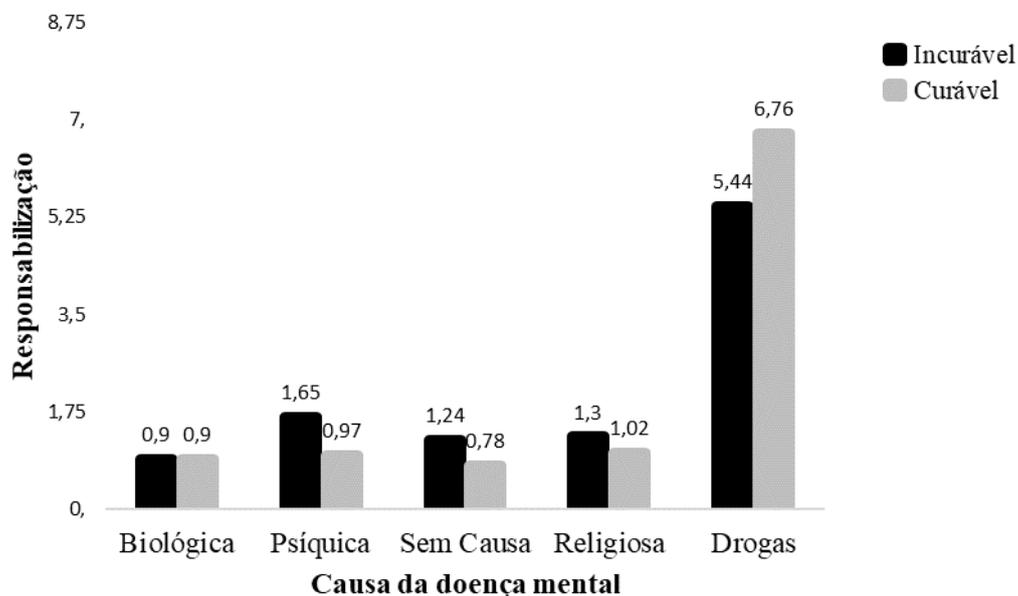
Os dados foram analisados a partir de uma ANOVA fatorial com desenho experimental 5 (Causa da doença mental) x 2 (Curabilidade), que resultou em 10 condições experimentais. A variável dependente foi a Responsabilização. A Tabela 06 apresenta estatísticas descritivas nível da Responsabilização em cada condição experimental e a Tabela 07 apresenta os coeficientes de regressão das variáveis independentes na predição da Responsabilização do doente mental.

**Tabela 06.** Média e Desvio Padrão (entre parênteses) da Responsabilização em cada condição experimental

Causa	Curabilidade		Total
	Incurável	Curável	
<b>Biológica</b>	0,90 (2,13)	0,90 (2,17)	0,90 (2,14)
<b>Psiquico</b>	1,65 (2,06)	0,97 (1,82)	1,32 (1,96)
<b>Sem Causa</b>	1,24 (2,15)	0,78 (1,33)	1,01 (1,80)
<b>Religiosa</b>	1,30 (1,90)	1,02 (1,78)	1,16 (1,84)
<b>Drogas</b>	5,44 (2,89)	6,77 (3,17)	6,14 (3,08)
<b>Total</b>	<b>2,18 (2,90)</b>	<b>2,35 (3,27)</b>	

Os resultados mostraram um efeito principal significativo da Causa doença mental [F (4, 402) = 91,95,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 p = 0,478$ ]. As comparações múltiplas indicam que a Causa por Drogas (M = 6,14; DP = 3,08) levou a uma maior percepção de Responsabilização quando comparados a condição controle: (b = 0,63, SE = 0,123;  $p < 0,001$ ; 95%IC: 0,39; 0,87; d = 0,80;  $r_e = 0,37$ ), e as causas: biológica (b = 0,47, SE = 0,123,  $p < 0,001$ ; 95%IC: 0,23;0,71; d = 0,58,  $r_e = 0,28$ ), Psíquica (b = 0,49; SE = 0,125,  $p < 0,001$ , 95%IC: 0,25;0,74; d = 0,58,  $r_e = 0,27$ ), e Religiosa (b = 0,41; SE = 0,114,  $p < 0,001$ , 95%IC: 0,18;0,63; d = 0,47,  $r_e = 0,23$ ).

Além disso, observou-se o efeito principal da Curabilidade marginalmente significativo [F (1, 403) = 3,59;  $p = 0,059$ ,  $\eta^2 p = 0,009$ ]. Na condição Curável houve maior Responsabilização do doente mental (M = 2,35; DP = 3,27) do que a condição Incurável (M = 2,18; DP = 2,90 ) (b = 0,15, SE = 0,079, 95%IC: -0,05;0,305; d = 0,05,  $r_e = 0,03$ ).



**Figura 3.** Efeito da causa da doença mental sob a Responsabilização do doente mental nas condições incurável e curável.

O efeito da interação entre Causa e Curabilidade foi significativo [F (4, 402) = 7,75;  $p = 0,028$ ,  $\eta^2p = 0,027$ ]. A decomposição da interação (Figura 3) mostrou que o efeito da Curabilidade na Responsabilização foi significativo para a causa Uso de drogas [F (1, 402) = 8,21;  $p = 0,004$ ,  $\eta^2p = 0,020$ ], mas não para as demais causas. Os participantes atribuíram maior Responsabilização na condição causa pelo Uso de drogas quando a doença mental era Curável (M = 6,76; DP = 2,89) do que quando era Incurável (M = 5,44; DP = 3,17) ( $b = 0,44$ , SE = 0,159,  $p = 0,005$ ; 95%IC: 0,13;0,76;  $d = 0,43$ ,  $r_e = 0,21$ ).

**Tabela 07.** ANOVA para modelo causal da Responsabilização

	<b>Coefficientes</b>	<b>gl</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b><math>\eta^2</math> parcial</b>
<b>bo</b>	2487,72	1	3954,41	0,000	0,908
<b>Causa</b>	20,06	4	7,97	0,000	0,073
<b>Curabilidade</b>	2,26	1	3,59	0,059	0,009
<b>Causa*Curabilidade</b>	4,72	4	1,87	0,114	0,018
<b>Erro</b>	253,72	403			
<b>Total</b>	28866,89	413			

Nota. Variável Dependente: Responsabilização; gl – graus de liberdade;  $R^2 = 0,489$  ( $R^2$  Ajustado =0,477).

Afim de alcançar o objetivo geral deste trabalho, de propôr um modelo explicativo da Exclusão Social, foram realizadas algumas análises de caminhos (*Path Analysis*), que possibilitaram a decomposição das variáveis estudadas em diferentes efeitos, permitindo a modelação das variáveis estudadas. A *Path analysis* permitiu analisar “quais as trajetórias (hipoteticamente causais) são suportadas pelos dados e que tipos de efeitos (diretos, indiretos, não-analisados e ou espúrios) explicam a associação entre as variáveis” (Maroco, 2010.p. 457-458).

## Parte 2 – Testagem do Modelo Explicativo da Exclusão Social do doente mental

Uma análise de correlação de Pearson foi realizada para relação entre os construtos envolvidos nas hipóteses. Os resultados são apresentados na Tabela 08.

**Tabela 08.** Correlações de Pearson entre os construtos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>1. Preconceito</b>	1	0,01	0,03	0,13*	0,29*	0,18*	0,17*	0,48*	0,34*	0,23*	-0,05
<b>2. Psicológica</b>		1	0,64*	0,28*	0,20*	0,28*	0,44*	0,10*	0,12*	0,06	-0,01
<b>3. Socioeconômica</b>			1	0,27*	0,26*	0,28*	0,42*	0,03	0,05	0,09*	-0,02
<b>4. Biológica</b>				1	0,18*	0,32*	0,33*	0,14*	0,17*	0,00	0,00
<b>5. Religiosa</b>					1	0,24*	0,37*	0,38*	0,33*	0,37*	0,09
<b>6. Uso de drogas</b>						1	0,33*	0,22*	0,22*	0,28*	0,06
<b>7. Contingenciais</b>							1	0,33*	0,29*	0,31*	0,01
<b>8. Ameaça</b>								1	0,61*	0,32*	-0,09
<b>9. Exclusão</b>									1	0,23*	-0,05
<b>10. Responsabilização</b>										1	0,10*
<b>11. Curabilidade</b>											1

Nota: \*  $p < 0,01$ .

Observaram-se correlações baixas e positivas entre o Preconceito e as Crenças de causas Biológica ( $r = 0,13$ ;  $p = 0,005$ ), Religiosa ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,001$ ), Uso de drogas ( $r = 0,18$ ;  $p < 0,001$ ) e Contingenciais ( $r = 0,17$ ;  $p < 0,001$ ). Não houveram relações significativas entre o Preconceito e as crenças Psicológicas e Socioeconômicas. Desta forma, há evidências para confirmar parcialmente a Hipótese geral 1, de que as crenças acerca da origem da doença mental influenciam o preconceito contra o doente mental. Além disso, o Preconceito também se correlacionou positiva e moderadamente com a Percepção de Ameaça ( $r = 0,48$ ;  $p < 0,001$ ) e com a Exclusão Social ( $r = 0,34$ ;  $p < 0,001$ ). A correlação entre a Percepção de Ameaça e a Exclusão Social foi forte e positiva ( $r = 0,61$ ;  $p < 0,001$ ). Sendo assim, há evidências para confirmar as hipóteses gerais 3, 4 e 5.

A correlação entre as Crenças sobre a doença mental e a Percepção de Ameaça demonstrou que as crenças Psicológica ( $r = 0,10$ ,  $p = 0,031$ ), Biológica ( $r = 0,14$ ;  $p = 0,005$ ), Religiosa ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,001$ ), Uso de drogas ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,001$ ) e Contingenciais ( $r = 0,33$ ;  $p < 0,001$ ). As Crenças também se correlacionaram

positivamente com a Exclusão, especificamente a Psicológica ( $r = 0,12$ ;  $p = 0,016$ ), Biológica ( $r = 0,17$ ;  $p = 0,001$ ), Religiosa ( $r = 0,33$ ;  $p < 0,001$ ), Uso de drogas ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,001$ ) e Contingenciais ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,001$ ).

A Responsabilização do doente mental se correlacionou positivamente com o preconceito ( $r = 0,23$ ;  $p < 0,001$ ), com as crenças Socioeconômica ( $r = 0,09$ ;  $p = 0,047$ ), religiosa ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,001$ ), Uso de drogas ( $r = 0,28$ ;  $p < 0,001$ ) e Contingenciais ( $r = 0,31$ ;  $p < 0,001$ ). Além disso, a Responsabilização também se correlacionou com a Percepção de Ameaça ( $r = 0,32$ ;  $p < 0,001$ ) e com a Exclusão Social ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,001$ ). A Percepção de curabilidade da doença mental se correlacionou positivamente apenas com a Responsabilização ( $r = 0,10$ ;  $p = 0,031$ ). A correlação prevista pela Hipótese 2 entre curabilidade e crenças biológicas não foi significativa.

***As crenças como preditoras do Preconceito, Percepção de Ameaça, Exclusão, Responsabilização e Percepção de Curabilidade***

Regressões lineares múltiplas foram efetuadas a fim de verificar a predição, ou seja, se as Crenças são preditoras do Preconceito, Percepção de ameaça, Exclusão e Responsabilização do doente mental. Os resultados são resumidos na Tabela 09.

**Tabela 09.** Coeficientes de Regressão dos modelos testados

	Preconceito		Ameaça		Exclusão		Responsabilização	
	B	$\beta$	B	$\beta$	B	$\beta$	B	$\beta$
Constante	1,45		1,44		1,54		-1,17	
Psicológica	-0,06	-0,06	0,05	0,06	0,04	0,04	-0,44	-0,11
Socioeconômica	-0,06	-0,05	-0,19	-0,21*	-0,11	-0,13*	-0,09	-0,02
Biológica	0,09	0,08	0,02	0,02	0,03	0,04	-0,66	-0,16**
Religiosa	0,26	0,24**	0,26	0,29**	0,19	0,23**	1,15	0,29**
Uso de Drogas	0,10	0,11*	0,09	0,11*	0,09	0,13*	0,68	0,19**
Contingenciais	0,08	0,07	0,21	0,24**	0,16	0,19**	1,03	0,26**
R <sup>2</sup>	0,11		0,22		0,16		0,25	

Nota: B – Coeficiente de Regressão;  $\beta$  – Coeficiente Padronizado; \* $p > 0,05$ ; \*\*  $p > 0,001$

As Crenças previram o Preconceito em 11% ( $R = 0,33$ ;  $R^2$ Ajustado = 0,096;  $EP = 0,82$ ), sendo um modelo estatisticamente significativo [ $F(6, 375) = 7,73$ ;  $p < 0,001$ ]. O preconceito foi predito significativamente pelas crenças Religiosa ( $b = 0,26$ ;  $EP = 0,059$ ;  $\beta = 0,24$ ;  $p < 0,001$ ) e Uso de drogas ( $b = 0,10$ ;  $EP = 0,052$ ;  $\beta = 0,11$ ;  $p = 0,038$ ).

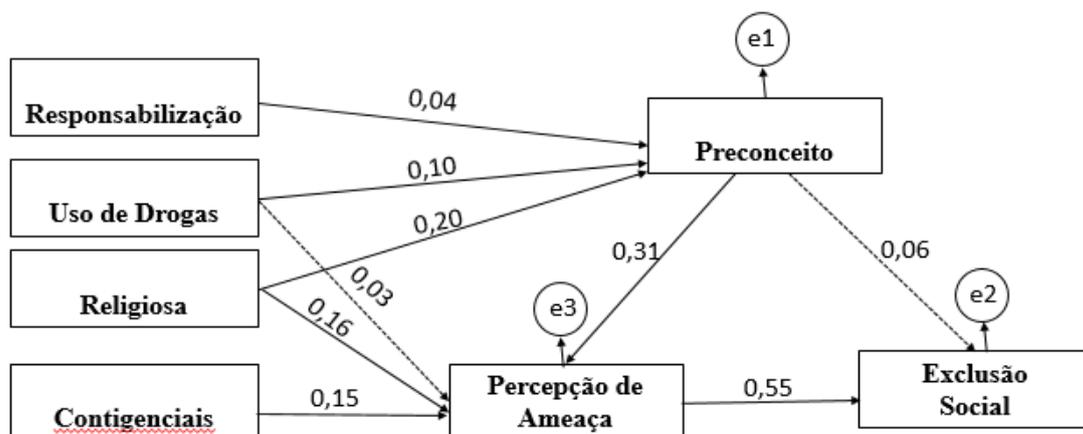
As Crenças previram a Percepção de ameaça em 22% ( $R = 0,47$ ;  $R^2$ Ajustado = 0,209;  $EP = 0,62$ ), sendo um modelo estatisticamente significativo [ $F(6, 379) = 17,65$ ;  $p < 0,001$ ]. A percepção de ameaça foi predita negativamente pela crença socioeconômica ( $b = -0,19$ ;  $EP = 0,05$ ;  $\beta = -0,21$ ;  $p = 0,001$ ) e positivamente pelas crenças: Religiosa ( $b = 0,26$ ;  $EP = 0,04$ ;  $\beta = 0,29$ ;  $p < 0,001$ ), Uso de drogas ( $b = 0,09$ ;  $EP = 0,04$ ;  $\beta = 0,11$ ;  $p = 0,020$ ) e Contingenciais ( $b = 0,21$ ;  $EP = 0,05$ ;  $\beta = 0,24$ ;  $p < 0,001$ ).

As Crenças explicaram a Exclusão social em 16% ( $R = 0,41$ ;  $R^2$ Ajustado = 0,155;  $EP = 0,60$ ), sendo um modelo estatisticamente significativo [ $F(6, 364) = 12,35$ ;  $p < 0,001$ ]. A Exclusão foi predita pelas crenças: Sócio-econômica ( $b = 0,11$ ;  $EP = 0,05$ ;  $\beta = 0,13$ ;  $p = 0,037$ ), Religiosa ( $b = 0,19$ ;  $EP = 0,04$ ;  $\beta = 0,23$ ;  $p < 0,001$ ), Uso de Drogas ( $b = 0,09$ ;  $EP = 0,039$ ;  $\beta = 0,13$ ;  $p = 0,011$ ) e Contingenciais ( $b = 0,16$ ;  $EP = 0,049$ ;  $\beta = 0,19$ ;  $p = 0,001$ ).

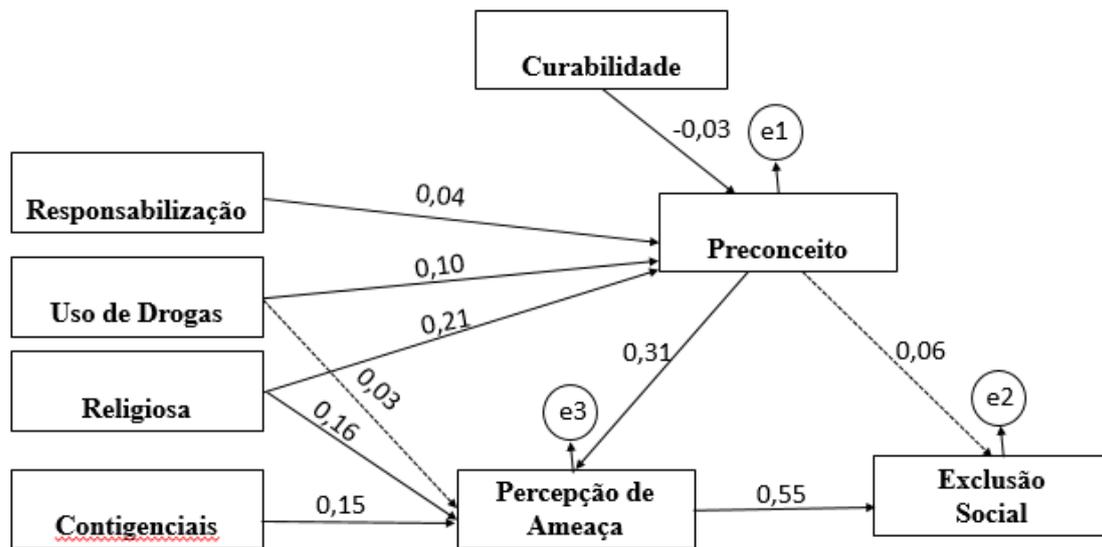
As crenças explicaram a Responsabilização em 25% ( $R = 0,50$ ;  $R^2$  ajustado = 0,23;  $EP = 2,691$ ). A Responsabilização do doente mental foi predita negativamente pelas crenças Biológica ( $b = -0,66$ ;  $EP = 0,202$ ;  $\beta = -0,16$ ;  $p = 0,001$ ) e positivamente pelas crenças Religiosa ( $b = 1,15$ ;  $EP = 0,19$ ;  $\beta = 0,29$ ;  $p < 0,001$ ), Uso de drogas ( $b = 0,68$ ;  $EP = 0,17$ ;  $\beta = 0,19$ ;  $p < 0,001$ ) e Contingenciais ( $b = 1,03$ ;  $EP = 0,21$ ;  $\beta = 0,26$ ;  $p < 0,001$ ).

### *Modelos explicativos da Exclusão Social de pessoas com transtornos mentais*

A partir das análises anteriores, uma análise de caminhos foi conduzida para avaliar o primeiro modelo (Figura 4). O modelo obteve os seguintes índices de ajuste:  $\chi^2(6) = 19,37, p = 0,004, \chi^2 / df = 3,22, CFI = 0,97, RMSEA = 0,076; IC$  de 90% [0,040, 0,116]. Como pode ser visto na Figura 6, o peso de regressão do preconceito na explicação da exclusão não foi significativo (representado pela linha pontilhada), pelo fato da percepção da ameaça atuar como mediador entre o preconceito e a exclusão. A crença em uso das drogas não apresentou efeito significativo na predição da percepção da ameaça, pois o preconceito é um mediador entre as crenças e a percepção da ameaça. Os demais dos pesos de regressão foram significativamente diferentes de zero ( $\lambda \neq 0; z > 1,96; p < 0,05$ ).



**Figura 4.** Modelo explicativo para a exclusão Social de pessoas que sofrem de transtornos mentais (Modelo 1)



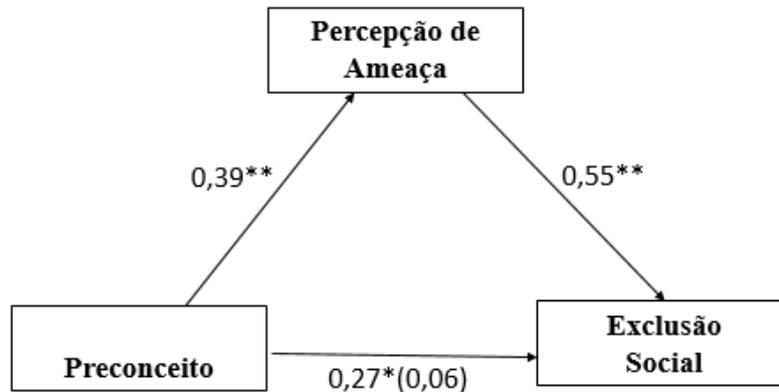
**Figura 5.** Modelo explicativo para a exclusão Social de pessoas que sofrem de transtornos mentais (Modelo 2)

Outra análise de caminhos foi conduzida para avaliar o Modelo 2, que incluiu a percepção de curabilidade. O modelo obteve os seguintes índices de ajuste:  $\chi^2 (12) = 34,04$   $p=0,001$ ,  $\chi^2 / df = 2,83$ , CFI = 0,96, RMSEA = 0,069; IC de 90% [0,043, 0,097]. Como pode ser visto na Figura 7, o peso de regressão do preconceito na explicação da exclusão não foi significativo (representado pela linha pontilhada). Além disso, o peso de regressão da crença no uso das drogas na percepção de ameaça também foi não significativo. Os demais dos pesos de regressão foram significativamente diferentes de zero ( $\lambda \neq 0$ ;  $z > 1,96$ ;  $p < 0,05$ ).

### **Análises de Mediação**

Testamos a hipótese de que percepção de ameaça atua como agente justificador do preconceito (*Hipótese 5*), considerando que se coloca como defesa legítima. Para isso, realizamos uma análise de mediação na qual o preconceito irá prever a exclusão

social por meio da percepção de que o doente mental apresenta como uma ameaça com uso do macro PROCESS (Hayes, 2017) para estimar os intervalos de confiança a 95% dos efeitos mediados usando *bootstrapping* com 5000 *resampling*. Especificamos a Exclusão Social como variável dependente, o preconceito como variável independente e a Percepção de Ameaça como Mediadora. Como previsto, os resultados mostram que o efeito mediado é significativo (efeito indireto = 0,18; SE = 0,032; 95%CI: 0,12;0,33). Esse efeito indica que o preconceito influencia a percepção de ameaça no sentido já demonstrado nas análises anteriores. O Preconceito prediz significativamente a Percepção de ameaça (b = 0,39; SE = 0,036;  $p < 0,001$ , com 95%CI: 0,31; 0,46) e a Percepção da ameaça, controlando o efeito do preconceito, prediz a Exclusão social (b = 0,55; SE = 0,042;  $p < 0,001$ ; 95%CI: 0,46; 0,63), correspondendo a aceitação das hipóteses 3 e 4, respectivamente.



**Figura 6.** Efeito do preconceito na exclusão social mediado pela percepção de ameaça.

O efeito total entre o preconceito e exclusão é significativo (b = 0,27, SE = 0,032,  $p < 0,001$ , com 95%CI: 0,20; 0,34). Podemos dizer, ainda que houve uma mediação total, visto que o efeito direto do preconceito na exclusão social controlando o efeito da ameaça foi não significativo (b = 0,06, SE = 0,035,  $p = 0,346$ , com 95%CI: -0,009; 0,1283). Já o efeito indireto foi significativo (b = 0,21; SE = 0,026; 95%CI: 0,16;

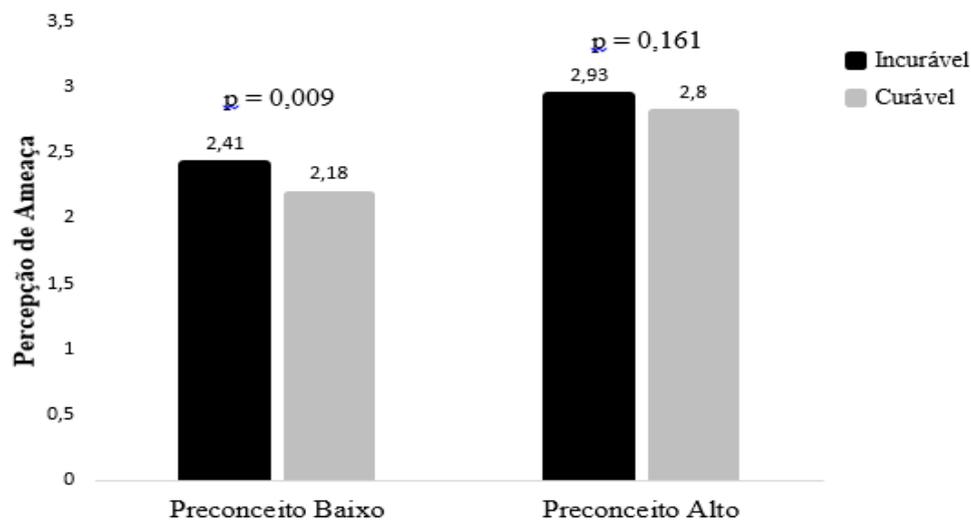
0,27). Com isso, há evidências que confirmam a hipótese de que para que o preconceito produza exclusão social é necessário a justificação da ameaça percebida.

*O papel moderador do Preconceito no efeito das Crenças de Causalidade e Curabilidade do transtorno mental na Percepção da Ameaça e Exclusão Social do doente mental*

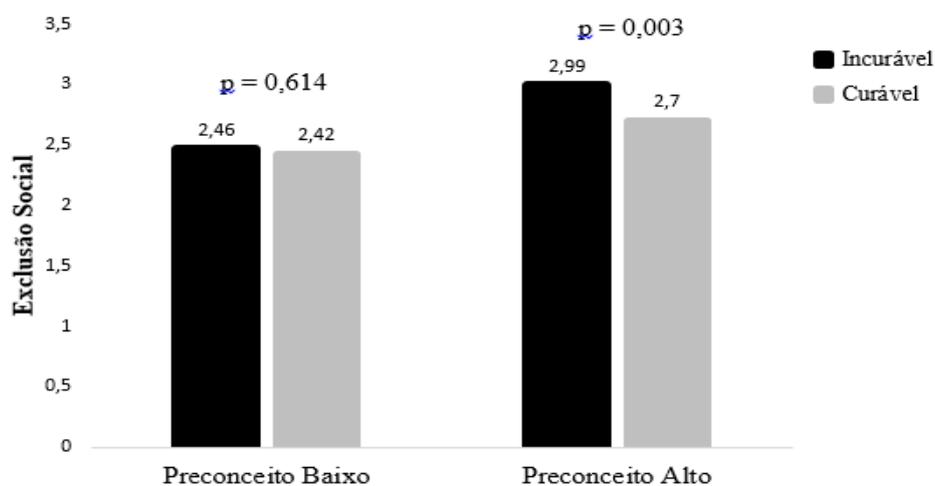
Para testar a hipótese de que existe uma interação tripla entre crenças, curabilidade e preconceito na percepção de que o doente mental representa uma ameaça (*Hipótese 7*). Resultados de uma Ancova revelaram que a interação entre a Causa da doença mental e o Preconceito foi não significativo [ $F(4, 390) = 0,26; p = 0,901; \eta^2p = 0,003$ ], a interação entre a curabilidade e preconceito foi não significativa [ $F(1, 390) = 0,55; p = 0,456; \eta^2p = 0,001$ ] e a interação tripla entre Causa, curabilidade e Preconceito foi significativa [ $F(4, 380) = 2,78; p = 0,026; \eta^2p = 0,028$ ]. Estabelecemos nível alto e baixo de preconceito a partir do método de centragem. Assim, observou-se que o efeito da Causa da doença mental na Percepção de ameaça é significativo tanto quando o preconceito é alto [ $F(4,390) = 6,28; p < 0,001, \eta^2p = 0,061$ ] quando o preconceito é baixo [ $F(4,390) = 5,54; p < 0,001; \eta^2p = 0,054$ ]. No entanto, em relação a Curabilidade, esta produz efeito significativo na Percepção de ameaça apenas quando o preconceito é baixo [ $F(1,390) = 6,90; p = 0,009; \eta^2p = 0,017$ ]. Quando o preconceito é alto a curabilidade não influencia na Percepção de ameaça [ $F(1, 390) = 1,97; p = 0,160; \eta^2p = 0,005$ ]. Uma análise de Moderação por meio do *PROCESS* (Hayes, 2013), mostrou que a interação entre Preconceito não foi suficiente para moderar o efeito da Curabilidade na Percepção de Ameaça (Preconceito\*Curabilidade:  $b = 0,029; SE = 0,07; p = 0,682; IC95: -0,11; 0,16$ ).

Além disso, testamos a hipótese de que existe uma interação tripla entre crenças, curabilidade e preconceito na exclusão social do doente mental a partir de uma Ancova. Os resultados indicaram que a interação entre a Causa da doença mental e o Preconceito foi não significativo [ $F(4, 380) = 0,62; p = 0,643; \eta^2p = 0,007$ ], a interação entre a curabilidade e preconceito foi marginalmente significativa [ $F(1, 380) = 3,18; p = 0,075; \eta^2p = 0,008$ ] e a interação tripla entre Causa, curabilidade e Preconceito foi não significativa [ $F(4, 380) = 1,31; p = 0,264; \eta^2p = 0,024$ ]. Estabelecemos nível alto e baixo de preconceito a partir do método de centragem. Com isso, observou-se que o efeito da Causa da doença mental na exclusão social é significativo tanto quando o preconceito é alto [ $F(4,380) = 5,27; p < 0,001, \eta^2p = 0,053$ ] quando o preconceito é baixo [ $F(4,380) = 2,78; p = 0,027; \eta^2p = 0,028$ ]. Entretanto, em relação a Curabilidade, esta produz efeito significativo na exclusão social apenas quando o preconceito é alto [ $F(1,380) = 9,19; p = 0,003; \eta^2p = 0,024$ ]. Quando o preconceito é baixo a curabilidade não influencia na exclusão social [ $F(1, 380) = 0,25; p = 0,614; \eta^2p = 0,001$ ]. Uma análise de Moderação por meio do *PROCESS* (Hayes, 2013), mostrou que o Preconceito modera significativamente o efeito da Curabilidade na Exclusão social (Preconceito\*Curabilidade:  $b = -0,14; SE = 0,07; p = 0,045; IC95: -0,28; -0,003$ ). Deste modo, quando o preconceito é alto, há uma maior exclusão social quando doente é considerado incurável.

Os resultados dos efeitos moderados foram representados graficamente nas Figuras 9 e 10. Para tanto, foram estimados valores para os níveis de Percepção de ameaça e Exclusão Social, considerando altos (média + 1 desvio padrão) e baixos (média - 1 desvio padrão) os valores de Preconceito.



**Figura 7.** Efeito Moderador do Preconceito na influência da Curabilidade na Percepção de Ameaça

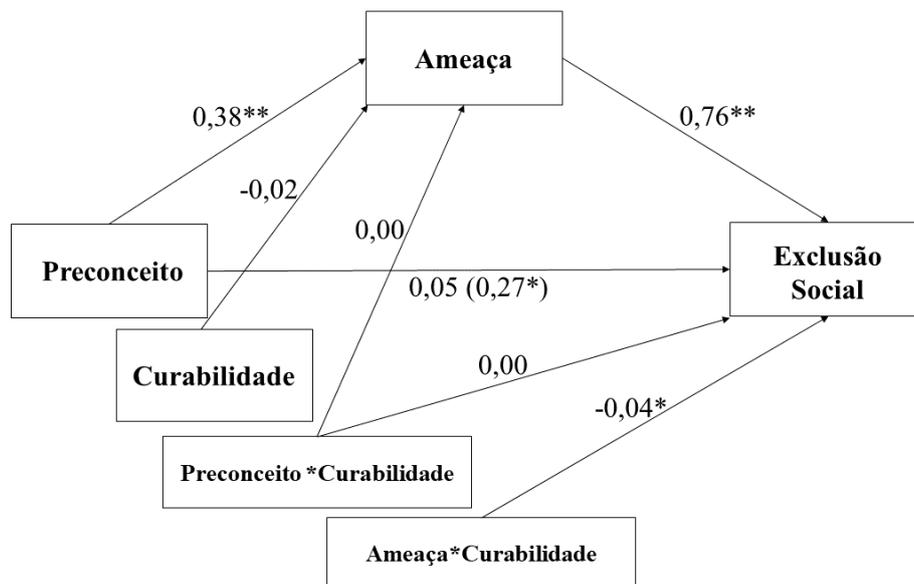


**Figura 08.** Efeito moderador do Preconceito na influência da Curabilidade na Exclusão Social

### *Análise de Mediação Moderada*

Para verificar o processo condicional foi realizada uma análise de mediação moderada na qual o preconceito irá predizer a exclusão social por meio da percepção de que o doente mental apresenta como uma ameaça, dependendo da percepção de

curabilidade. Usou-se o macro *PROCESS* (Hayes, 2017) para estimar os intervalos de confiança a 95% dos efeitos mediados usando *bootstrapping* com 5000 *resampling*. Especificamos a Exclusão Social como variável dependente, o preconceito como variável independente, a Percepção de Ameaça como Mediadora e a curabilidade como Moderadora. Os resultados são apresentados na Figura 09 e detalhados na Tabela 10.



**Figura 09.** Diagrama estatístico da mediação moderada

Como se pode perceber na Figura 09, somente a interação entre curabilidade e ameaça foi estatisticamente significativa. Além disso, essa interação foi negativa, indicando que o preconceito leva a exclusão social mediado pela percepção de ameaça quando há menor percepção de curabilidade da doença mental.

**Tabela 10.** Coeficientes de regressão da Mediação Moderada

	Consequentes					
	Modelo mediador (Ameaça)			Modelo Dependente (Exclusão Social)		
Antecedentes	B	EP	p	B	EP	P
X (Preconceito)	0,38	0,08	0,000	0,05	0,07	0,489
M (Ameaça)	-	-	-	0,76	0,09	0,000
W (Curabilidade)	-0,02	0,03	0,465	0,11	0,03	0,022
X*W	0,00	0,01	0,944	0,00	0,01	0,823
M*W	-	-	-	-0,04	0,01	0,005
Constante	1,79	0,21	0,000	0,52	0,22	0,017
pereira	R <sup>2</sup> = 0,23			R <sup>2</sup> = 0,40		
	F (3,389) = 38,85; p<0,001			F (5, 387) = 52,17; p < 0,001		

Nota: B – Coeficiente b da regressão; EP - Erro Padrão.

## Discussão

Este estudo apresentou análises experimentais e correlacionais que demonstram que o preconceito está ancorado nas crenças causais da doença mental e na responsabilização. O preconceito leva a exclusão social mediado pela percepção de ameaça e moderado pela curabilidade.

O Experimento realizado demonstrou a direção e relação das diferentes crenças sobre a natureza da doença mental e seu impacto no preconceito e na exclusão. De acordo com os resultados apontados na Regressão, as crenças causais da doença mental apresentaram efeito significativo sobre a Exclusão Social. A direção da relação proposta está teoricamente consistente com a literatura sobre o tema (Maciel et; al., 2019; Melo, 2015), que aponta que as crenças estão na base do preconceito, que pode desencadear comportamentos discriminatórios face ao grupo alvo (Pereira et al, 2013). Confirma-se então, com este resultado, a *Hipótese 1* deste estudo, demonstrando a forte influência da cognição social (crenças) nas relações de exclusão social do doente mental.

Verificou-se ainda que a Causa por Drogas forneceu maior valor explicativo para a Exclusão Social quando comparada com as demais crenças manipuladas. Este

dados revela como as crenças e avaliações sobre este grupo estão associadas a relações de conflito e de dominação, onde a ação da exclusão se coloca como uma afirmação intergrupual dentro da dinâmica social que enquadra o doente mental no lugar desviante da norma, justificando então o seu distanciamento da sociedade. Schomerus et al (2011) mostrou que a percepção do uso desta droga desperta nas pessoas emoções mais negativas e maior rejeição social quando comparado com os outros grupos minoritários, à exemplo dos doentes mentais.

Ainda nesse direcionamento e seguindo os indicativos da literatura mais recente sobre os processos que levam a exclusão social, foi acrescida à análise anterior a variável Percepção de Ameaça. Os resultados mostraram que o efeito principal significativo da Causa da doença mental se manteve, sendo que, mais uma vez, a Causa por Drogas levou a uma maior Percepção de Ameaça quando comparada as demais causas.

Buscando analisar o papel da Percepção de Ameaça de uma forma mais detalhada, a variável foi decomposta em seus dois fatores: imprevisibilidade e periculosidade; que mantiveram o efeito significativo sobre a Exclusão Social, revelando que a imprevisibilidade e a periculosidade são construtos igualmente importantes que interferem na relação causal da doença mental, na curabilidade e, conseqüentemente, na Exclusão Social (*Hipótese 3*). De fato, os resultados vão na mesma direção das publicações sobre o tema e desenvolvidas por Pereira, Vala e Costa-Lopes (2010), que atestam o papel da ameaça realista como mediador da relação entre preconceito e discriminação. Resultados semelhantes também foram reportados por Lima et al (2016) em um estudo sobre a desumanização de grupos minoritários, como índios e ciganos, onde os autores identificaram a percepção de ameaça e contato como

princípios organizadores das representações sobre esses grupos e que se apresentavam como justificativas para uma visão desumanizadora.

Dando seguimento as análises e verificando o efeito da causa da doença mental e da curabilidade no fator periculosidade, os resultados mostraram efeito principal significativo. Destaca-se, porém, que a Causa por Drogas levou a uma maior percepção de periculosidade quando comparada com as outras causas. De fato, historicamente o Uso de drogas tornou-se um fenômeno compreendido sob a insígnia de problema não apenas do domínio da saúde, mas que também agrega aspectos políticos, econômicos, ideológicos e de segurança pública, uma vez que seu consumo é associado a violência e criminalidade (Medeiros, 2018).

O uso de drogas se apresenta como uma ameaça nos seus dois níveis de análise: realística, pois é associada à violência, agressividade e criminalidade; e ameaça simbólica, pois desvia das normas sociais impostas e coloca em risco os valores morais da sociedade. Em um estudo apresentado por Schomerus et al (2011), identificaram a associação entre uso de drogas e representação de perigo; os autores perceberam que além de responsabilizar e excluir, os dependentes químicos (alcoolistas nesse estudo) também eram vistos como mais perigosos quando comparados com outros grupos sociais, igualando-se em alguns casos, as pessoas com esquizofrenia.

Outro construto aqui analisado foi a responsabilização. Interessava-nos saber o efeito da causa da doença mental e da curabilidade na atribuição de responsabilização do doente mental por sua condição. Mais uma vez foi observado efeito significativo das causas. As comparações múltiplas indicaram que a Causa por Drogas levou a uma maior responsabilização do doente mental. O efeito da condição Causa por Drogas se destaca entre as outras causas analisadas pois a média de responsabilização se apresenta expressivamente maior que as demais condições experimentais (ver tabela 06). Tal

achado pode ser interpretado pelo viés da escolha pessoal, onde as pessoas que usam drogas são compreendidas como únicas responsáveis por sua situação, a despeito de qualquer acidente, infortúnio ou influência externa que poderia estar associado as outras causas aqui estudadas.

Sobre a percepção de atribuição de responsabilidade direcionada aos usuários de drogas, Martins et al. (2010), em estudo com universitários, observou que a dependência de algumas drogas era vista como de maior responsabilidade dos indivíduos, se apresentando como uma condição que está sob seu controle. Essa responsabilização é evidentemente maior quando comparadas com outras condições de saúde, como por exemplo a AIDS.

Outro achado interessante sobre a variável critério Responsabilização, foi o efeito da Curabilidade. A decomposição da interação das Causas mostrou que o efeito da Curabilidade na Responsabilização foi significativo apenas para a Causa por Drogas, mas não para as demais causas. Além disso, houve uma inversão da condição de curabilidade, pois apenas para a Causa por Drogas os participantes atribuíram maior responsabilização na condição Curável (Ver Figura 03).

Nesta condição de Causa por Uso de Drogas, o doente mental acaba não sendo aceito socialmente, não pelo fato do grupo dominante se achar superior, mas por uma culpa atribuída a ele próprio, pois além de não se encaixar dentro das normas sociais impostas, o que por si só já se configura como motivo para discriminação, ele não é aceito por causa da condição que é percebida como provocada. Desta forma, a relação entre Causa pelo Uso de Drogas e a Responsabilização opera dentro de um discurso justificador, racionalista e legitimador das relações intergrupais.

Neste trabalho também foi analisado o efeito principal da variável preditora Curabilidade nos processos psicológicos anteriormente descritos. Os resultados

apontaram que a Curabilidade apresenta efeito significativo sobre a Exclusão Social, sendo que na condição Incurável houve maior exclusão do doente mental. O efeito também se repetiu quando na análise do efeito da Causa da Doença Mental e Curabilidade na Exclusão Social, foi controlada a Percepção de Ameaça. O efeito da Curabilidade na Exclusão Social foi significativo para as Causas religiosas, sendo a crença na incurabilidade gera maior exclusão.

Embora as explicações de ordem religiosa sejam pouco investigadas, elas podem revelar uma correlação positiva com a exclusão por estarem associadas ao desconhecido, a algo que foge ao controle do indivíduo e da própria sociedade, não podendo esta última apontar caminhos que pudessem reverter a doença. A incurabilidade se coloca nessa condição como o ponto que atesta a irreversibilidade do papel de doente e conseqüentemente, a irreversibilidade da sua posição social, a de excluído.

Outra Causa que, durante a decomposição das variáveis, mostrou significância estatística sobre o efeito da cura na responsabilização, foi a Causa por Drogas, sendo maior a responsabilização na condição curável. Este achado pode sinalizar um processo de culpabilização do doente mental por parte da população, pois percebida como uma situação que foi provocada (maior responsabilização) e sendo o uso de drogas considerado como passível de tratamento, esses conteúdos cristalizam o papel do sujeito como protagonista na sua condição de excluído socialmente e desresponsabiliza o aparato estatal e as dinâmicas intergrupais junto a essa problemática. Essa reflexão ganha corpo, inclusive quando analisado o efeito da interação entre Causa da Doença mental e Cura, onde essa relação foi significativa apenas para a Responsabilização.

As análises permitiram ainda, identificar a direção das relações propostas, revelando que o preconceito está ancorado nas crenças causais da doença mental e na

responsabilização. O preconceito leva a exclusão social mediado pela percepção de ameaça e moderado pela curabilidade.

Os resultados obtidos forneceram evidências para aceitarmos as *hipóteses 3 e 4*, de que o preconceito prediz a percepção que o doente mental representa uma ameaça (*hipótese 3*), que por sua vez, prediz a exclusão (*hipótese 4*). Confirmando que as crenças acerca da origem da doença mental estão na base do preconceito contra o doente mental. Assim como nos estudos desenvolvidos por Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan e Kubiak (2003), que em um estudo com 518 universitários norte-americanos identificou que o fator periculosidade atribuído ao doente mental é um forte preditor para a exclusão. Observamos que o preconceito foi predito pela crença na causa religiosa da doença mental e a crença uso de drogas. A crença religiosa prediz o preconceito e consequente exclusão do doente mental (*hipótese 6*), sendo a única crença que apresentou efeito significativo para essas duas variáveis. É importante observar sobre esse resultado que as crenças religiosas, ao longo de toda história da loucura, estão relacionadas a vontade de entidades místicas que fogem ao controle individual, mas que também envolvem a falta de fé e a fraqueza do indivíduo. Relação semelhante foi encontrada aos modelos explicativos propostos por Maciel et al., (2019) e Melo (2017).

Evidência não apontada nos estudos anteriores, e que se apresenta no modelo proposto neste estudo, é a relação da crença etiológica uso de drogas sobre o preconceito. Pode-se entender, por meio deste achado, que a patologia atribuída ao doente mental se amplifica devido a associação com o uso de drogas, pois de acordo com a lógica dominante, o uso das drogas se coloca como uma escolha individual, uma prática que não apenas coloca em risco a vida humana mas que também interfere na estabilidade social, sendo então estas pessoas responsabilizadas por estarem nessa

condição que escapa do controle social (Gofman, 2006; Melo, 2017), incidindo sobre o comportamento dos demais e justificando os processos de exclusão social frente a esse grupo.

### **Considerações finais**

Este estudo traz evidências empíricas de que o preconceito está ancorado nas crenças causais da doença mental e na responsabilização. O preconceito leva a exclusão social mediado pela percepção de ameaça e moderado pela curabilidade. Embora estes achados contribuam para a compreensão do processo de exclusão social do doente mental, é importante destacar limitações presentes na sua realização, à exemplo da amostra, específica de estudantes universitários. Ainda assim, a direção das relações propostas confirma os últimos achados sobre o tema, que apontam que as crenças estão na base do preconceito, sendo este mediado pela percepção de ameaça. Também é possível perceber que a responsabilização e a crença na (in)curabilidade são construtos significativos para compreensão do processo de exclusão. Ao encontrarmos evidências que demonstram o efeito da responsabilização nesse processo, destacamos que, juntamente com a percepção de ameaça, a responsabilização atua como justificativa para manutenção dos processos discriminatórios; além de promover desvalorização do doente mental por culpabilizá-lo por sua condição.

### **Referências**

Allport, G. W. (1962). *La naturaleza del prejuicio*. Buenos Aires: Eudeba.

- Barbosa, L. H. G. M. (2015). Explicando a disposição para perdoar: o papel dos valores humanos e das crenças no mundo justo/injusto. Dissertação de mestrado. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba.
- Camino, L., Silva, P., Machado, A., & Pereira, C. (2001). A face oculta do racismo no Brasil: uma análise psicossociológica. *Revista de Psicologia Política, 1*(1), 13-36.
- Garson, G. D. (2012). *Structural Equation Modeling*. Asheboro: Statistical Publishing Associates.
- Lima, M. E. O., Faro, A., & Santos, M. R. (2016). A desumanização Presente nos Estereótipos de Índios e Ciganos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 30*(1), 219-228.
- Lima, M. E. O., & Vala, J. (2004). As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. *Estudos de Psicologia, 9*(3), 401-411.
- Maciel, S. C., Pereira, C. R., Lima, T. J. S., Souza, L. E. C., Camino, L., & Silva, G. L.S. (2019). Social exclusion of the people suffering from mental disorders: A proposal for an explanatory model. *Paidéia (Ribeirão Preto), 29*e2915. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1982-4327e2915>
- Maciel, S. C., Pereira, C. R., Lima, T. J., & Souza, L. E. C. (2015). Desenvolvimento e validação da escala de crenças sobre a doença mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 28*(3), 463-473. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528305>
- Melo, J. R. F. (2017). Modelo explicativo do preconceito frente a esquizofrenia baseado nos estereótipos e crenças causais. (Tese de Doutorado). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, Brasil.
- Pereira, C. R., Mateus, K. S., Santos, M. F. (2019). Do Preconceito à discriminação: o papel da legitimação das desigualdades sociais. In Maciel, S. C. & Fonsêna, P. N

- (Orgs)., *Psicologia Social: vertentes e perspectivas*. (pp. 79-101). João Pessoa: Editora UFPB.
- Pereira, A., Pereira, C. R., & Monteiro, M. B. (2016). Normative pressure to reduce prejudice against homosexuals: The buffering role of beliefs about the nature of homosexuality. *Personality and Individual Differences*, 96, 88-99. doi:10.1016/j.paid.2016.02.042
- Pereira, C. R., Torres, A. R., Falcão, L., & Pereira, A. S. (2013). O Papel de Representações Sociais sobre a Natureza da Homossexualidade na Oposição ao Casamento Civil e à Adoção por Famílias Homoafetivas. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 29(1), 79-89. doi: 10.1590/S0102-37722013000100010
- Pereira, C. R., & Vala, J. (2011). A legitimação da discriminação em diferentes contextos normativos. In E. M. Techio & M. E. O. Lima (Eds.), *Cultura e produção das diferenças: Estereótipos e preconceito no Brasil, Espanha e Portugal* (pp. 363-404). Brasília: Technopolitik.
- Phelan, J. C. (2002). Genetic bases of mental illness – a cure for stigma? *Trends in Neurosciences*, 25, 430-431. doi: 10.1016/S0166-2236(02)022
- Pettigrew, T. F. & Meertens, R. W. (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25, 57-75. doi:10.1002/ejsp.2420250106
- Rothbart, M., & Taylor, M. (1992). Category labels and social reality: Do we view social categories as natural kinds? In G. Semin & K. Fiedler (Eds.), *Language, interaction and social cognition* (pp. 11–36). Newbury Park: Sage.
- Sousa, P.F., Maciel, S. C., Medeiros, K. T. Vieira, G. L. S. (2016). Atitudes e Representações em Saúde Mental: Um Estudo com Universitários. *Psico-USF*, 21(3), 527-538. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-8271201621030>

## **CAPÍTULO 5**

---

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a finalidade de propôr um modelo explicativo da exclusão social do doente mental, considerando como preditoras as crenças acerca da natureza da doença mental, o preconceito, a percepção de que o doente mental representa uma ameaça, a curabilidade da doença (crença que a doença mental pode ser curável ou incurável) e a atribuição de responsabilização pela doença. Foram desenvolvidos quatro estudos, sendo um teórico e três estudos empíricos que reafirmam que a inclusão dos portadores de doenças mentais ainda é um desafio para a sociedade contemporânea, principalmente no tocante a aceitação de uma convivência naturalizada.

Associações negativas baseadas em estereótipos que foram amplamente difundidos na história da humanidade e que enquadram o doente mental na condição de desajustado social, de imprevisível, perigoso e incapaz reforçam comportamentos de evitação de contato social. As transformações ideológicas relativas a doença mental e as crenças socialmente compartilhadas sobre este público continuam a servir de base para práticas discriminatórias que mantêm o doente mental à margem da sociedade e reforçam o processo de exclusão social dessas pessoas; como pôde ser constatado nos resultados encontrados no estudo 1, segundo capítulo desta tese, onde ficou evidente que os discursos apresentados para justificar o incômodo diante do contato com o doente mental em múltiplas situações ordinárias, depende, basicamente, do grau de aproximação implicada na relação. Quanto mais próxima a relação sugerida, maior o desejo de distanciamento, maior o preconceito.

Em seguida, apoiados na literatura sobre o tema, para verificar em quês estão embasadas as justificativas discriminatórias apresentadas, buscou-se identificar as crenças que estão na base do preconceito frente ao doente mental, como também

analisar a relação entre as crenças causais, a percepção de ameaça e preconceito contra o doente mental. Nesse estudo os resultados encontrados apontam para o importante papel desempenhado pelas crenças, nesse estudo, as crenças religiosas, nos comportamentos preconceituosos, bem como para uma relação positiva e significativa entre a percepção de ameaça e o preconceito.

O estudo quatro, por sua vez, dividido em duas partes: experimental e modelo explicativo, mostrou consonância com os resultados achados nos estudos anteriores, revelando relação entre as variáveis estudadas e apontadas como preditoras da exclusão social. Destaca-se o importante papel das crenças no preconceito e o papel mediador da percepção de ameaça no processo de exclusão social, nos permitindo a construção de um modelo explicativo que atesta que o preconceito está ancorado nas crenças causais da doença mental e na responsabilização, que leva a exclusão social mediada pela percepção de ameaça e moderada pela curabilidade.

Nos chama atenção, apesar de outros estudos sobre o tema apontarem nessa direção, a confirmação da nossa hipótese de que as crenças religiosas desempenham papel significativo sobre o preconceito e a percepção de ameaça; pois, apesar da evolução da ciência e a difusão de conhecimentos científicos em uma época em que tudo precisa ser atestado e comprovado, as sociedades ainda creditam caráter mítico-teológico a doença mental, apresentando inclusive, índices de responsabilização muito significativos.

O modelo aqui proposto também nos permitiu refletir sobre como uma visão mais global da doença mental, onde a atribuição de responsabilidade da doença e a possibilidade de cura se apresentam também como gatilhos com efeitos significativos para no processo de exclusão. Apesar disto, destacamos que, o doente mental, além de carregar todo o infortúnio gerado pela sua doença, é exemplo do próprio processo

discriminatório e de exclusão, ainda pode ser considerado como responsável por sua doença, nos fazendo perceber que ocorre um processo de vitimização secundária, onde as vítimas inocentes além de terem que se confrontar com as consequências negativas provocadas pelo fenômeno as vitimiza, são vítimas uma segunda vez (secundária) pelas outras pessoas ou por elas próprias. Essa vitimização secundária acontece mediante processos como a minimização do sofrimento da vítima, evitação do contato com a vítima, desvalorização da mesma e, por fim, a culpabilidade (Correia & Vala, 2003).

Ao manter essa dinâmica, o processo de exclusão também acaba por ser justificado, pois ao colocar o doente mental como responsável por sua doença justifica-se ele merecer a margem social, esse processo também acaba por garantir a manutenção do *status quo*, como propõe a Teoria de justificação dos sistemas e a Teoria do Mundo Justo, nos fazendo perceber que existe o processo de exclusão pode ser cíclico, onde um fator justifica outro.

Embora a investigação efetuada suportem a maior parte de nossas hipóteses, é indispensável inferir que o estudo apresenta limitações, mediante a impossibilidade de apreender a totalidade do objeto de estudo e o fato das amostras estudadas serem de um grupo social específico (estudantes universitários), coletados de forma aleatória, não nos permite representatividade da população geral, restringindo qualquer possibilidade de generalização.

Os achados nos convidam a refletir sobre o tema da saúde mental e as constantes tentativas de inclusão desse grupo social. Este estudo ganha acentuada relevância científica, principalmente se consideramos que os mecanismos através do qual o preconceito leva a exclusão ser uma questão ainda pouco explorada. Sendo assim, a presente pesquisa permite o avanço do conhecimento científico na área do Preconceito, das Crenças e da saúde mental de uma forma geral.

É indispensável que estudos científicos sobre esse tema sejam realizados afim de permitir uma compreensão mais apurada da hipóteses aqui trabalhadas, no intuito de conhecer os gatilhos dos processos discriminatórios para desta forma, combater a marginalização e promover relações mais igualitárias de poder entre os grupos.

## Referências

- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2014). Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *European Psychiatry, 29*(6), 390-395. doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.10.004
- Barbosa, L. H. G. M. (2015). Explicando a disposição para perdoar: o papel dos valores humanos e das crenças no mundo justo/injusto. Dissertação de mestrado. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba.
- Bouhleb, S., Ben Haouala, S., Klibi, A., Ghaouar, M., Chennoufi, L., Melki, W., El-Hechmi, Z. (2013). Évaluation des croyances et des attitudes d'une population tunisienne de proches de patients atteints de schizophrénie. *L'Encéphale, 39*(3), 165-17. doi <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2012.06.012>
- Dabby, L., Tranulis, C., Kirmayer, L. J. (2015). Explicit and implicit attitudes of Canadian psychiatrists toward people with mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie, 60*(10), 451-459.
- Delgado, G. G. (2011). Democracia e Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, 16*(12), 4701-4706.
- Dietrich T, Joshipura KJ, Dawson-Hughes B, Bischoff-Ferrari HA. (2004). Association between serum concentrations of 25-hydroxyvitamin D3 and periodontal disease in the US population. *Am J Clin Nutr 80*, 108-113
- Haqanee, Z., Lou, E., & Lalonde, R. N. (2014). Natural kind and entitative beliefs in relation to prejudice toward mental disorders. *Journal of Applied Social Psychology, 44*, 145-153. doi:10.1111/jasp.12249
- Jiwon, J., Chasteen, A. L. (2016). Does imagery reduce stigma against depression? Testing the efficacy of imagined contact and perspective-taking. *Journal of Applied*

- Social Psychology*, 46(5), 259-275. doi:  
<http://dx.doi.org.ez15.periodicos.capes.gov.br/10.1111/jasp.12360>
- Lima, M. E. O., Faro, A., & Santos, M. R. (2016). A desumanização Presente nos Estereótipos de Índios e Ciganos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(1), 219-228.
- Lima, M. E. O., & Vala, J. (2004). As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 401-411.
- Maciel, S. C., Pereira, C. R., Lima, T. J. S., Souza, L. E. C., Camino, L., & Silva, G. L.S. (2019). Social exclusion of the people suffering from mental disorders: A proposal for an explanatory model. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 29e2915. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1982-4327e2915>
- Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais*. Lisboa: Report Number.
- Melo, J. R. F. (2017). Preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia: explicações com base em crenças causais e estereótipos (Tese de Doutorado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB).
- Mfoafo-M'Carthy, M., & Huls, S. (2014). Human Rights Violations and Mental Illness: Implications for Engagement and Adherence. *SAGE Open*, 4, 1-18. doi: 10.1177/2158244014526209
- Pearson, G. S. (2014). Stigma and those around us. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(4), 219-220. doi:  
<http://dx.doi.org.ez15.periodicos.capes.gov.br/10.1111/ppc.12085>
- Pereira, A., Pereira, C. R., & Monteiro, M. B. (2016). Normative pressure to reduce prejudice against homosexuals: The buffering role of beliefs about the nature of homosexuality. *Personality and Individual Differences*, 96, 88-99. doi:10.1016/j.paid.2016.02.042

- Pereira, C. R., Torres, A. R., Falcão, L., & Pereira, A. S. (2013). O Papel de Representações Sociais sobre a Natureza da Homossexualidade na Oposição ao Casamento Civil e à Adoção por Famílias Homoafetivas. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 29(1), 79-89. doi: 10.1590/S0102-37722013000100010
- Pereira, C., Vala, J., & Leyens, J-P. (2009). From infra-humanization to discrimination: The mediation of symbolic threat needs egalitarian norms. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45, 336–344. doi:10.1016/j.jesp.2008.10.010
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). A disease like any other? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 16, 1321–1330. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09121743
- Phelan, J. C. (2002). Genetic bases of mental illness – a cure for stigma? *Trends in Neurosciences*, 25, 430-431. doi: 10.1016/S0166-2236(02)02209-9
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L., & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the “mental illness is an illness like any other” approach. *Acta Psychiatrica Scand*, 114(5), pp. 303–318. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x
- Rosa, E. (2003). Do adoecimento psíquico à subjetividade que sofre: a importância da leitura sócio-histórica. In Conselho Federal de Psicologia (Org.). *Loucura, ética e política: escritos militantes* (pp. 211–219). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sanches, C. (2012). *Atitudes e crenças religiosas face à doença mental*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário Ciências Sociais, Psicológicas e da Vida, Portugal).
- Silva, G. L. S. (2014). *A doença mental a Reforma Psiquiátrica representadas por profissionais de saúde*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB).

- Sousa, P.F., Maciel, S. C., Medeiros, K. T. Vieira, G. L. S. (2016). Atitudes e Representações em Saúde Mental: Um Estudo com Universitários. *Psico-USF*, 21(3), 527-538. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712016210307>
- Tsu, T. M. J. A., Tofolo, V. (1990). Concepções etiológicas de pacientes psiquiátricos sobre a doença mental. *Psicologia-USP*, 1(2), 155-166.
- Wetzel C., Kantorski, L. P., Olschowsky, A., Schneider, J. F., & Camatta, M. W. (2011). Dimensões de um objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2133-2143.

# APÊNDICES

## APÊNDICE 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é sobre crenças em relação às pessoas com transtornos mentais graves, e tem como público alvo, estudantes universitários. O estudo está sendo desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química (GPSMDQ) – UFPB, coordenado pela Professora Dra. Silvana Carneiro Maciel com a participação de alunos da graduação e da pós-graduação do curso de Psicologia da UFPB.

Solicitamos a sua colaboração para a realização da pesquisa, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área e publicar em revista científica/livro; esclarecendo que o anonimato será sempre respeitado. Esclarecemos, ainda, que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato com o Pesquisadora responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora Giselli Lucy Souza Vieira através do e-mail: [giselli\\_psi@hotmail.com](mailto:giselli_psi@hotmail.com)

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa do CCS da UFPB: Universitário S/N; Bairro: Castelo Branco; Município: João Pessoa – PB; CEP: 58.051-900; Telefone: (83)3216-7791; Fax: (83)3216-7791.

Atenciosamente,

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

---

Assinatura do Pesquisador Participante

## APÊNDICE 2

### INSTRUMENTOS – CAPÍTULO 2

**INSTRUÇÕES:** Imagine que você conhece uma pessoa com doença mental. Apresentamos abaixo algumas situações que podem ocorrer nas suas relações com 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 e escreva, justifique sua resposta.

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

## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

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

CIDADE PESQUISADA:      CAMPINA GRANDE       JOÃO PESSOA

FACULDADE :      PÚBLICA       PRIVADA

CURSO: \_\_\_\_\_

PERÍODO: \_\_\_\_\_

SEXO:      F       M

CONVIVE COM PORTADORES DE TRANSTORNO METAL?

SIM       NÃO

SE SIM, QUAL GRAU DE PARENTESCO E TEMPO DE CONVIVÊNCIA?

---

## APÊNDICE 3

### VINHETAS – ESTUDO EXPERIMENTAL

#### **Manipulação – Crença biológica curável**

José é um homem solteiro de 20 anos portador de esquizofrenia. Ele sente e vê pequenos animais andando sobre sua pele. Além disso, ele escuta vozes que falam mal dele e acredita que seus vizinhos planejam machucá-lo. A doença mental de José foi causada por herança genética. De acordo com o psiquiatra, são grandes as possibilidades de José melhorar com os tratamentos existentes.

#### **Manipulação – Crença biológica incurável**

José é um homem solteiro de 20 anos portador de esquizofrenia. Ele sente e vê pequenos animais andando sobre sua pele. Além disso, ele escuta vozes que falam mal dele e acredita que seus vizinhos planejam machucá-lo. A doença mental de José foi causada por herança genética. De acordo com o psiquiatra, não há possibilidades de José melhorar com os tratamentos existentes.

#### **Manipulação – Crença psicológica curável**

José é um homem solteiro de 20 anos portador de esquizofrenia. Ele sente e vê pequenos animais andando sobre sua pele. Além disso, ele escuta vozes que falam mal dele e acredita que seus vizinhos planejam machucá-lo. A doença mental de José foi causada por traumas psicológicos ocorridos na infância. De acordo com o psiquiatra, são grandes as possibilidades de José melhorar com os tratamentos existentes.

#### **Manipulação – Crença psicológica incurável**

José é um homem solteiro de 20 anos portador de esquizofrenia. Ele sente e vê pequenos animais andando sobre sua pele. Além disso, ele escuta vozes que falam mal dele e acredita que seus vizinhos planejam machucá-lo. A doença mental de José foi causada por traumas psicológicos ocorridos na infância. De acordo com o psiquiatra, não há possibilidades de José melhorar com os tratamentos existentes.

### **Manipulação – Crença religiosa curável**

José é um homem solteiro de 20 anos portador de doença mental grave. Ele sente e vê pequenos animais andando sobre sua pele. Além disso, ele escuta vozes que falam mal dele e acredita que seus vizinhos planejam machucá-lo. A doença mental de João é decorrente de questões espirituais. De acordo com o psiquiatra, são grandes as possibilidades de José melhorar com os tratamentos existentes.

### **Manipulação – Crença religiosa incurável**

José é um homem solteiro de 20 anos portador de doença mental grave. Ele sente e vê pequenos animais andando sobre sua pele. Além disso, ele escuta vozes que falam mal dele e acredita que seus vizinhos planejam machucá-lo. A doença mental de João é decorrente de questões espirituais. De acordo com o psiquiatra, não há possibilidades de José melhorar com os tratamentos existentes.

### **Manipulação – Grupo controle curável**

José é um homem solteiro de 20 anos portador de esquizofrenia. Ele sente e vê pequenos animais andando sobre sua pele. Além disso, ele escuta vozes que falam mal dele e acredita que seus vizinhos planejam machucá-lo. De acordo com o psiquiatra, são grandes as possibilidades de José melhorar com os tratamentos existentes.

### **Manipulação – Grupo controle incurável**

José é um homem solteiro de 20 anos portador de esquizofrenia. Ele sente e vê pequenos animais andando sobre sua pele. Além disso, ele escuta vozes que falam mal dele e acredita que seus vizinhos planejam machucá-lo. De acordo com o psiquiatra, não há possibilidades de José melhorar com os tratamentos existentes.

**MANIPULATION CHECK**

**Agora, sem olhar novamente a história de João, responda:**

Qual a doença mental de José? \_\_\_\_\_

Qual a causa da doença mental de José?

- ( ) Herança genética
- ( ) Psicológica
- ( ) Uso de drogas
- ( ) Questões espirituais
- ( ) A causa é desconhecida
- ( ) Não se lembra
- ( ) Não foi informado

## MEDIDA DE RESPONSABILIZAÇÃO

Em uma escala de 0(zero) a 10 (dez ) responda até que medida você acredita que João é responsável pela sua doença?

**Nada responsável**

**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

**Muito responsável**

## APÊNDICE 4

### INSTRUMENTOS – CAPÍTULO 3

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

<b>Discorda Totalmente</b>	<b>Discorda</b>	<b>Nem concorda\ nem discorda</b>	<b>Concorda</b>	<b>Concorda Totalmente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

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

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

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

<b>Nada incomodado</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Muito incomodado</b>
------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------------

1. Ter parentes casados com pessoas portadoras de doença mental	1	2	3	4	5
2. Ter um amigo próximo que seja doente mental	1	2	3	4	5
3. Ter um doente mental como seu chefe de trabalho	1	2	3	4	5
4. Ter um doente mental como colega de trabalho	1	2	3	4	5
5. Ter um(a) namorado(a) doente mental(a)	1	2	3	4	5

6. Ter um portador de doença mental como cuidador de uma criança	1	2	3	4	5
7. Participar de festas onde estejam presentes pessoas portadoras de doença mental	1	2	3	4	5
8. Ter um(a) vizinho(a) doente mental	1	2	3	4	5
9. Casar com um doente mental	1	2	3	4	5

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

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

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

### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

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

CIDADE PESQUISADA:                      Campina Grande                       João Pessoa

FACULDADE :                      Pública                       Privada

CURSO: \_\_\_\_\_                      PERÍODO: \_\_\_\_\_

SEXO:      F                       M

CONVIVE COM PORTADORES DE TRANSTORNO METAL?

SIM                       NÃO

SE SIM, QUAL GRAU DE PARENTESCO E TEMPO DE CONVIVÊNCIA?

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

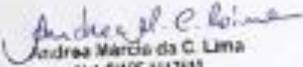


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

#### CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 3ª Reunião realizada no dia 28/04/2016, o Projeto de pesquisa intitulado: **“CRENÇAS NO MUNDO JUSTO COMO MODERADORAS DO PRECONCEITO ACERCA DO DOENTE MENTAL”**, da pesquisadora Silvana Carneiro Maciel. Prot. nº 0523/15. CAAE: 49400115.4.0000.5188.

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

  
Andrea Márcia da C. Lima  
Mat. SIAPE 1117513  
Secretária do CEP/CCS-UFPB

