



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**ATITUDES FRENTES AO DOENTE MENTAL: CORRELATOS  
VALORATIVOS E DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE**

**Gildevan Estrela Dantas**

**JOÃO PESSOA  
FEVEREIRO DE 2014**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**ATITUDES FRENTE AO DOENTE MENTAL: CORRELATOS  
VALORATIVOS E DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, por Gildevan Estrela Dantas, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Patrícia Nunes da Fonsêca, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social.

**JOÃO PESSOA  
FEVEREIRO DE 2014**

**ATITUDES FRENTE AO DOENTE MENTAL: CORRELATOS  
VALORATIVOS E DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE**

  
Prof.ª Dra. Patrícia Nunes da Fonsêca (Orientadora, UFPB)

  
Prof. Dr. Valdiney Veloso Gouveia (Membro Interno, UFPB)

  
Prof.ª Dra. Gislene Farias de Oliveira (Membro externo, URCA)

**João Pessoa, Fevereiro de 2014**

*Dedico este trabalho a todos aqueles (doentes mentais), que na sua loucura sabem vivenciar realidades muitas vezes obscuras, mas que encontram sentido em suas vidas, diferindo em relação ao preconceito e a exclusão daqueles que se ditam “Normais”.*

*“Debaixo do céu há momento para tudo e tempo certo para cada coisa. Há um tempo de nascer e tempo de morrer; tempo de plantar e tempo de arrancar; tempo de matar e tempo de curar; tempo de derrubar e tempo de construir...” (Eclesiastes 3.1s. Bíblia Sagrada).*

## AGRADECIMENTOS

A experiência vivida na construção desse trabalho requer o agradecimento e a eterna gratidão daqueles que direta ou indiretamente contribuíram para sua finalização. Sendo assim, agradeço primeiramente a Deus, por me conceder a graça de fazer parte desse programa de Mestrado em Psicologia Social, fazendo-se necessário as virtudes da perseverança, da sabedoria, da humildade e da paciência, como guias para eu seguir em frente e vencer as dificuldades.

Tudo na vida é graça, e uma delas é ter a oportunidade de ser agraciado com a amizade da professora e orientadora Patrícia Nunes da Fonsêca, a qual tenho admiração e respeito, sendo a responsável por minha trajetória acadêmica desde a graduação. Exemplo de mulher e profissional a ser seguida, uma mãe de todas as horas. Deus lhe pague por tudo.

Agradeço ao professor Valdiney Veloso Gouveia, pela sua confiança em me aceitar a fim de fazer parte do Núcleo de Pesquisa Bases Normativas do Comportamento Social (BNCS), e também por ter contribuído de maneira significativa na minha trajetória acadêmica. Seus ensinamentos e convivência durante o mestrado na UFPB foram imprescindíveis para meu amadurecimento profissional e pessoal. Obrigado por aceitar estar presente em minha banca.

Satisfação também em conhecer a professora Gislene Farias de Oliveira e agradecer por ter aceitado o convite em participar na avaliação da dissertação. Mesmo morando longe, não hesitou em vir contribuir com este trabalho.

Não poderia deixar de agradecer a colaboração e o empenho dos (as) amigos (as) do BNCS: Ana Karla Silva Soares na análise dos dados, José Farias de Souza Filho, Kátia Correa Vione, Larisse Helena Gomes Macêdo Barbosa, Layrthon Carlos de Oliveira

Santos, Leogildo Alves Freires, Luis Augusto de Carvalho Mendes, Márcio de Lima Coutinho, Rafaella de Carvalho Rodrigues Araújo, Rebecca Alves Aguiar Athayde que contribui na construção do modelo da dissertação, Roosevelt Vilar Lobo de Souza, Renan Pereira, Rômulo Lustosa (colega de turma com quem pude aprender), Thayro (amigo piauiense que chegou pra fazer a diferença em generosidade e sempre prestativo auxiliando nos momentos difíceis na análise dos dados) e Gabriel Lins, de fato seu nome de anjo confere sua benevolência em sempre ajudar. Ou seja, é uma nova família que se conquista dentro da Universidade.

Agradeço também ao Núcleo do Desenvolvimento Humano, Educacional e Social (NEDHES), o grupo mãe, o qual tive meu primeiro contato e cresci junto com o mesmo. De forma tímida foi tomando proporção de Núcleo de Pesquisa e hoje todos já sabem desenvolver suas habilidades. Tenho um grande carinho por todos: Jaciara Dantas, Jérssia, Jéssica Emily, Rafaela, Patrícia Oliveira, Eugênia, Bia, Juliana por estar sempre pronta ajudar nos momentos difíceis, Valeska, Rubiana, Thiago e Tamires nas discussões em grupo.

É importante ainda, agradecer aos colaboradores na confecção, aplicação e digitação dos instrumentos da pesquisa, em especial Gabriel Lins, Thiago Albuquerque, Juliana Albuquerque, Rubiana, Professora Viviane, Thayro e os demais membros do NEDHES que se empenharam na concretude dessa dissertação.

A amizade conquistada do amigo Alisson e Débora foi de fundamental importância, pois estes partilharam da minha luta diária na conquista dos meus objetivos, sempre me incentivando e animando, a fim de continuar nessa jornada chamada vida. Obrigado amigos.

Agradeço de forma especial à minha família, meus pais Pedro e Bárbara, aqueles que me deram a vida e me ensinaram a ser alguém honesto, batalhador e humilde. Muito

obrigado por me proporcionarem educação e ter me incentivado e movido montanhas para que eu pudesse realizar mais essa conquista na minha vida.

Aos meus irmãos Georgivan e Georgiane, que me motivaram a continuar, acreditando sempre na minha capacidade, ajudando a vislumbrar esse sonho que agora se torna real. Ainda meu primo Carlos Estrela que sempre colaborou com os meus estudos desde a graduação.

Deixo aqui meus agradecimentos a todos os meus amigos e amigas da Unidade Saúde da Família – Prosind II (mangabeira), em especial a enfermeira Julianne por entender esse meu processo de aprendizagem e crescimento. Também a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de João Pessoa por entender a importância do crescimento profissional e pessoal, a qual me liberou alguns turnos a fim de poder participar das aulas e dos encontros com a orientadora.

São muitas as pessoas que precisam ser lembradas, permita aqui considerar o TODO, estando incluídos aqui, aqueles que fizeram parte desta dissertação, desde amigos de núcleo, as instituições que facilitaram o acesso a fim de desenvolver a pesquisa como a própria UFPB, o Hospital Universitário, UNIPÊ, FAMENE, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Hospital Orto-Trauma de Mangabeira. Agradeço, finalmente, os participantes desta pesquisa, que disponibilizaram cerca de 20 minutos do seu tempo para responder aos questionários.

## ATITUDES FRENTE AO DOENTE MENTAL: CORRELATOS VALORATIVOS E DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE

**RESUMO.** A história da loucura exerce importante representação nas transformações ideológicas e práticas no que se refere às iniciativas de melhor oferta de assistência aos doentes mentais. Dessa maneira são apresentadas as revoluções que caracterizaram importantes mudanças a nível mundial no tratamento psiquiátrico, ênfase nas contribuições da Revolução Italiana, e suas influências no processo desencadeado no Brasil, que resultou na sanção da Lei 10.216/2001, de Reforma Psiquiátrica. Compreendendo a psiquiatria como peça de poder na estratégia de controle e dominação/sujeição do indivíduo em sofrimento psíquico é que novas formas de cuidar devem ser dialogadas. Fruto dessas discussões os modelos de saúde vem tentando compreender o doente mental além dos aspectos orgânicos, como também os aspectos subjetivos deste. Essa transição de cuidar pode ser evidenciada por meio dos modelos de saúde: biomédico e biopsicossocial. Considerando essa lógica busca-se aqui enfocar a doença mental como possibilidade humana e sua ligação à ordem social. Em virtude dessa construção histórica da loucura a presente dissertação objetivou saber se os valores humanos e os traços de personalidade explicam as atitudes frente ao doente mental. Considerando os valores humanos como princípios guias das ações humanas e sendo a personalidade subjacente ao mesmo. Para tanto, realizaram-se três estudos empíricos. O *Estudo 1* objetivou construir e validar uma medida de atitudes frente ao doente mental (EAFDM), conhecendo evidências de sua validade fatorial e consistência interna. Participaram 200 estudantes da área de saúde (medicina, enfermagem e psicologia) de universidades pública e particular da cidade de João Pessoa-PB. Foram divididos de forma equitativa com idade variando de 17 a 49 anos ( $M = 23,67$ ;  $DP = 5,04$ ). A EADM, após ter checado sua validade semântica e poder discriminativo (tendo seguido os critérios de Kaiser e Cattell), apresentou-se estruturado em dois componentes: *autoritarismo* ( $\alpha = 0,81$ ) e *benevolência* ( $\alpha = 0,75$ ). Os dois fatores explicaram conjuntamente 20,8% da variância total. O *Estudo 2*, por sua vez, teve como objetivo comprovar a estrutura fatorial da EADM, fornecendo evidências psicométricas mais robustas para referida medida. Contou-se com uma amostra de 203 estudantes com idades variando de 17 a 52 anos ( $M = 23,93$ ;  $DP = 5,54$ ). Os resultados da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) permitiu comprovar a estrutura bifatorial da EADM, identificado no *estudo 1*, apresentando indicadores de ajuste e confiabilidade composta (CC) satisfatórios. Por fim, realizou-se o Estudo 3, compondo a amostra de 230 profissionais da área de saúde. Estes responderam a EADM, o *Questionário dos Valores Básicos* (QVB), o *Big Five* e um *Questionário Sociodemográfico*. As análises consistiram em correlação de Pearson ( $r$ ) e regressão múltipla (*stepwise*). Foram construídos dois modelos: no primeiro, os traços de personalidade *conscienciosidade* e *amabilidade* predizem as subfunções *experimentação* e *interativa*, que, por sua vez, explicam o fator *autoritarismo* das atitudes frente ao doente mental; no segundo, os traços de personalidade *neuroticismo* predizem as subfunções *experimentação* e *interativa*, que explicam o fator *benevolência* das atitudes frente ao doente mental. No geral, os modelos se mostraram ajustados aos dados empíricos. Conclui-se que é fundamental desenvolver projetos de intervenção junto aos profissionais de saúde, especialmente, com vistas à efetividade das políticas públicas de saúde dirigidas as pessoas com doenças mentais e assim, resgatar a cidadania desses indivíduos e reinseri-los na sociedade.

Palavras- Chave: doente mental, valores humanos, traços de personalidade.

## **ATTITUDES TOWARDS THE MENTALLY ILL: EVALUATIVE CORRELATES AND OF PERSONALITY TRAITS**

**ABSTRACT.** The history of madness exerts an important representation in the idealogic and practices change in the ways that refer to the better offer of assistance to mental sick. In this way are presented the revolutions wich describe important changes at the world level in the Psychiatristic treatment and its contributes to the Italian Revolution and its influence in the process that comes from Brazil, that resulted in the approval law 10.201/2001, of Psychiatric reform. Understanding the Psychiatry as an important piece of power in the strategy of control and the subjection/domination subject in suffering. Psychy it's new ways of to take care must be talked. As a result of these arguments the healthy models come trying to understand the mental sick beyond of the organic aspects as also the subjectives aspects of this. This transition of taking care must be evidenced by means of healthy models: biomedical and biopsychosocial. Considering this logic, we look for here to become important the mental sick as human possibility and its connection to the social order. In the way of this historical construction of the madness, this present dissertation had as a goal to know if the human values and their personality ways explain the attitudes in front of the mental sick. Considering the human values as main guides of the human actions and being the personality below it. For to do this were done three close studies. The study 1: Had as a goal to construct and to valid a spare of attitudes front the mental sick. A group of two hundred students from healthy area took part in this study (medicine, nursing and psychology) from a public university and other private university from the city of João Pessoa PB. The students were divided for ages between seventeen to forty-nine years old ( $M = 23.67$  -  $DP = 5.04$ ). A EAFDM after checked in its expiry meaning and descriminating power (followed the two criteries from Faiser and Catell), was showed structured in two members: Authoritarism ( $\alpha = 0.81$ ) and benefiting ( $\alpha = 0.75$ ). Thge two factors were explained together 20,8% of variation of the total. The study 2: for its turn, had as a goal to prove the factorial structure of EAFDM giving psychometric evidences stroger to the refered messurement. Counted sample of two hundred and three students with several ages between seventeen to fifty-two years old ( $M = 23.93$   $DP = 5.54$ ). The results of the factorial analyse confirmatory (AFC) permitted to conprove the bifactorial structure of EAFDM, identificated in the study 1 showing indicators od adjust reliable compound satisfactory. To finish, were done the Study 3: Compounding the sample of two hundred and thirty students, professional from the healthy area. They answered to EAFDM questions of the basic values (QVB) The Big Five is a socialdemographic questionary. The analyse return (stepwise) ways to eleboration of a theoric model envolving the values of the under functions experimentation and interactive messuring the ways of personality consciousness and kindness, for its return explaining the attitudes front the madness sick in relation to the factor authoritarism. While the under functions experimentation , rule and interactive messuring the ways of neuroticism. In general, the model shows itself adjusted to the close details. Ending that is fundamental to develop projects with the healthy professionals specially, related to affectivity of public healthy politics to madness sick, and this way driven take back the citizenship of these people and bring them back to society.

Keywords: Madness sick , Human values, traits of personality.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	16
PARTE I: MARCO TEÓRICO .....	23
CAPÍTULO 1. O DOENTE MENTAL: ASPECTOS HISTÓRICOS E PERSPECTIVA ATUAL .....	24
1.1 Contextualizando a “Loucura” .....	25
1.1.1 <i>Perspectiva sociológica da loucura</i> .....	30
1.2 Doença Mental: mudanças e desafios .....	35
1.2.1 <i>Institucionalização e desinstitucionalização</i> .....	35
1.2.2 <i>Reforma psiquiátrica</i> .....	38
1.2.3. <i>Psicologia Social e da Saúde: Saúde Pública no Brasil</i> .....	47
1.3 Modelos Explicativos em Saúde: biomédico e biopsicossocial .....	50
1.4 Atitudes frente ao doente mental .....	53
CAPÍTULO 2. VALORES HUMANOS COMO EXPLICADORES DAS ATITUDES FRENTE AO DOENTE MENTAL .....	61
2.1. Valores humanos na história e nas culturas .....	63
2.2. Perspectiva cultural ou sociológica dos valores humanos .....	64
2.3. Valores na perspectiva individual .....	67
2.3.1. <i>Valores instrumentais e terminais de Rokeach</i> .....	67
2.3.2. <i>Tipos motivacionais de Shalom H. Schwartz</i> .....	71
2.3.3. <i>Teoria Funcionalista dos valores humanos de Gouveia</i> .....	74
2.4. Aplicabilidade da Teoria Funcionalista de Valores Humanos .....	81
CAPÍTULO 3. A PERSONALIDADE COMO VARIÁVEL PREDITIVA FRENTE ÀS ATITUDES AOS DOENTES MENTAIS .....	84
3.1. A Personalidade .....	85
3.1.1. <i>Perspectiva Sociológica da Personalidade</i> .....	85
3.2 Teorias Psicológicas da personalidade .....	87
3.2.1 <i>Teoria Psicanalítica</i> .....	87
3.2.2 <i>Teoria Cognitiva</i> .....	89
3.2.3 <i>Teoria Comportamental</i> .....	91
3.2.4 <i>Teoria Humanista</i> .....	92
3.2.5 <i>Teoria dos traços de personalidade</i> .....	94
PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS .....	102
5. ESTUDO 1: ESCALA DE ATITUDES FRENTE AO DOENTE MENTAL (EADM): CONSTRUÇÃO, VALIDAÇÃO E PARÂMETROS PSICOMÉTRICOS .....	103
5.1.1 <i>Delineamento</i> .....	104
5.1.2 <i>Participantes</i> .....	104
5.1.3 <i>Instrumentos</i> .....	104
5.1.4 <i>Procedimento e critérios éticos</i> .....	105

<i>5.1.5 Análise dos Dados</i> .....	107
5.2 Resultados .....	107
<i>5.2.1. Poder discriminativo dos itens</i> .....	107
<i>5.2.2. Análise de Componentes Principais</i> .....	109
5.3. Discussão Parcial .....	116
6. ESTUDO 2: ANÁLISE CONFIRMATÓRIA DA ESCALA DE ATITUDES FRENTE AO DOENTE MENTAL (EADM).....	118
6.1. Método .....	119
<i>6.1.1. Delineamento</i> .....	119
<i>6.1.2. Participantes</i> .....	119
<i>6.1.3. Instrumentos</i> .....	119
<i>6.1.4. Procedimento e critérios éticos</i> .....	120
<i>6.1.5. Análise dos dados</i> .....	120
6.2. Resultados .....	122
6.3. Discussão Parcial .....	125
7. ESTUDO 3. CORRELATOS VALORATIVOS E DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE COM A ESCALA DE ATITUDES FRENTE AO DOENTE MENTAL (EADM).....	127
7. 1 Método .....	128
<i>7.1.1 Delineamento e Hipóteses</i> .....	128
<i>7.1.2 Participantes</i> .....	133
<i>7.1.3 Instrumentos</i> .....	133
<i>7.1.4 Procedimento e critérios éticos</i> .....	135
<i>7.1.5 Análise dos dados</i> .....	135
7.2 Resultados .....	135
<i>7.2.1 Correlatos das Atitudes Frente ao Doente Mental</i> .....	135
<i>7.2.2 Explicação das atitudes frente ao doente mental</i> .....	142
7.3. Discussão parcial.....	145
8. DISCUSSÃO GERAL .....	148
8.1 Limitações da pesquisa e direções futuras .....	149
8.2 Resultados principais.....	150
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	153
REFERÊNCIAS .....	1567

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**CAPS** – Centros de Atenção Psicossocial

**CGF** – Cinco Grandes Fatores

**EADM** – Escala de Atitudes Frente ao Doente Mental

**ECT** – Eletroconvulsoterapia

**IBRAPS**I – Instituto Brasileiro de Psicanálise

**MNLA** – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

**PSF** – Programa Saúde da Família

**QVB** – Questionário de Valores Básicos

**SM** – Saúde Mental

**SRT** – Serviços de Residências Terapêuticas

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TM** – Transtorno Mental

**UFPB** – Universidade Federal da Paraíba

## **LISTA DE TABELAS**

<i>Tabela 1.</i> Modelos explicativos em saúde.....	52
<i>Tabela 2.</i> Tipos de valores instrumentais e terminais proposto por Rokeach (1973) ....	69
<i>Tabela 3.</i> Poder Discriminativo dos Itens da EAFDM.....	108
<i>Tabela 4.</i> Estrutura fatorial da EAFDM com quatro fatores .....	112
<i>Tabela 5.</i> Estrutura fatorial da EAFDM com dois fatores.....	114
<i>Tabela 6.</i> Indicadores de ajuste ao modelo da EAFDM.....	123
<i>Tabela 7.</i> Correlatos das Atitudes Frente ao Doente Mental.....	136

**LISTA DE FIGURAS**

<i>Figura 1.</i> Estrutura circular de compatibilidade e conflito de Schwartz (1992) .....	73
<i>Figura 2.</i> Facetas, dimensões e subfunções dos valores básicos .....	78
<i>Figura 3.</i> Estrutura da congruência das subfunções dos valores básicos .....	80
<i>Figura 4.</i> Representação Gráfica dos Valores Próprios .....	110
<i>Figura 5.</i> Estrutura fatorial adotada para a EAFDM.....	124
<i>Figura 6.</i> Modelo explicativo das atitudes frente ao doente mental ( <i>autoritarismo</i> ). .....	144
<i>Figura 7.</i> Modelo explicativo das atitudes frente ao doente mental ( <i>benevolência</i> ). .....	145

## INTRODUÇÃO

As doenças mentais desafiam, ao longo dos tempos, a filosofia, a religião e a ciência, atualmente continuam a constituir um desafio para as ciências humanas. Nesta perspectiva, Foucault (2008) considerou como fato inquestionável que a doença mental esteve sujeita, mais do que qualquer outra doença, às regras políticas e sociais, aos costumes, aos interesses econômicos, à história. Deste modo, cada período histórico acentua a complexidade de atitudes e de concepções que coexistem e que dão sentido ao fenômeno da loucura e da doença mental.

Pessotti (1997) descreve as concepções sobre a doença mental desde a Grécia antiga até os dias de hoje. O autor aponta a influência sobrenatural como causa da loucura por meio do modelo mítico-religioso, o qual aparece em dois momentos distintos, inicialmente, na Grécia e Roma Antigas, onde a loucura é compreendida como uma intervenção dos deuses. Depois, reaparecem durante a Idade Média, sob as feições do demonismo. Isso mostra que a loucura foi construída no imaginário das pessoas como algo que precisa ser abolido da sociedade. Evidenciado por Foucault (2008), a prática de retirar os doentes mentais do convívio social tornava-se comum. Depois surge o modelo organicista, o qual sua ênfase dar-se-á frente a questões físicas e por último o modelo psicológico compreendido além de aspectos do corpo, mas também relacionados à mente.

A mudança de concepção da doença mental vem eclodir na mente das pessoas com o movimento da Reforma Psiquiátrica que procura revolucionar os Serviços de Saúde Mental, abolindo os tratamentos violentos e prezando pela autonomia do indivíduo com transtorno mental (TM). Percebe-se hoje um novo olhar sobre a saúde, a qual passou de mera ausência da doença para a noção de bem-estar físico e mental, e para um conceito mais amplo, o qual inclui uma adequação de vida social. Ocorre claramente uma mudança

de paradigma, inclusive como ruptura semântica entre o conceito atual de saúde e o anterior (ênfase na patologia em si) (Stockinger, 2007).

Isso significa a necessidade de produção de uma nova cultura que comporte a loucura, não como tolerância, mas, como gesto da aceitação de uma condição inerente ao ser humano, para a qual urge buscar, incansavelmente, respostas técnicas e científicas que não desqualifique ou puna quem já enfrenta limites para compreender o mundo. Esse sentido que a loucura adquire - o de uma realidade humana que faz interseção com os diversos campos do universo da existência - precisa ser cultivado, ou seja, produzido como cultura e assumido não como assistencialismo, mas como direito de cidadania e que se faz necessário o diálogo dos profissionais de saúde que lidam direto com essas pessoas em sofrimento psíquico (Silva, Amarante, Gomes, Braga, Valença & Padilha, 2012).

Diante disso Paulin e Luzio (2009) apontam que a inserção e atuação de psicólogos no campo das políticas públicas de Saúde e de Saúde Mental ocorreram a partir da década de 1970, com expansão da assistência psiquiátrica no país. Essa expansão caracterizava-se pela transformação de uma assistência destinada apenas ao doente mental indigente em uma assistência que abrangesse a classe trabalhadora e seus descendentes. Observou-se a criação de uma ampla rede de hospitais particulares e conveniados com o poder público, em substituição aos velhos e precários hospitais públicos. Todo esse processo de criação de hospitais foi denominado *indústria da loucura* (Dimenstein, 1998).

Assim, foi proposta uma nova forma de atuação para a profissão, que passou a trabalhar em serviços que substituem as internações e em medidas alternativas, ou seja, surge a desinstitucionalização, a qual representa o principal foco dos envolvidos com a Reforma Psiquiátrica. Tal processo representa libertar os cidadãos de estruturas

autoritárias e que restringem a autonomia, a exemplo dos manicômios (Luzio & Sinibaldi, 2012).

Romper com essas estruturas é refletir sobre as atitudes em relação ao indivíduo doente mental. Na literatura segundo estudos de Scheff (1966) e Thoits (2011) tem demonstrado a predominância, na população em geral, de atitudes preconceituosas e estereotipadas. De acordo com os autores, indivíduos foram classificados como mentalmente doentes e os estereótipos sobre a doença mental são ativados na imaginação das outras pessoas. Esses estereótipos são aprendidos cedo na vida e são reforçados ao longo do tempo em interação normal e por caricaturas na mídia.

Isso revela uma influência sobre a reabilitação do paciente com doença mental, o qual busca a reinserção na sociedade, resgate da autonomia e aquisição dos direitos. Contrapondo a esse processo de reabilitação, as atitudes negativas tendem a cronificar e agravar o quadro da doença, enquanto que atitudes positivas favorecem a melhora e reintegração social do paciente. Não obstante, a fim de mudar as percepções estereotipadas em relação ao doente mental surgem as novas políticas públicas em SM.

Atualmente, a rede de atenção à saúde mental compõe-se dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), dos Centros de Convivência, de Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais e é caracterizada por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador (Dimenstein, 1998).

Destaca-se o papel dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) como um dispositivo bem sucedido na trajetória de implementação dos serviços substitutivos e no processo de reintegração do sujeito da experiência da loucura. A referida proposta se coloca de forma mais integradora, reflexo da mudança de paradigma do modelo biomédico ao biopsicossocial.

Mesmo com todo este aparato de cuidados, perpassa no imaginário das pessoas um viés discriminatório frente ao doente mental. Stockinger (2007) enfatiza o resgate da pessoa adoecida e não o olhar sobre a doença, procurando superar a sintomatologia que é apenas o indício. Procura romper aqui com os modelos de ênfase acentuada da doença (biomédico), desprezando a história da pessoa. Essa ênfase no cuidado no doente e não na patologia foi fruto de grandes embates políticos e especificamente no Brasil, foi a partir da Reforma Psiquiátrica, que houve uma reestruturação no modo de conceber (biopsicossocial), o doente mental, com a criação da Lei nº 10.216 de 2001.

Esta lei vem garantir aos usuários de serviços de saúde mental, como também aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a territorialização do atendimento a partir da estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários e as redes assistenciais tornaram-se mais adequadas às variadas demandas desse segmento da população (Pinho, Hernández & Kantorski, 2010).

As mudanças requerem novos ajustes. As políticas existem, mas as práticas ainda reproduzem métodos tradicionais, ou seja, pouco humanas em seus princípios, o que podem gerar estigma (Livingston & Boyd, 2010). O estereótipo pode ter um efeito drástico na procura de tratamento e resultados para aqueles diagnosticados com uma doença mental. Estratégias disfuncionais de enfrentamento, como sigilo e retirada (isolamento) aumentam os efeitos do estigma, reduzindo a pessoa estigmatizada de contatos sociais e construção de redes sociais, portanto pode aumentar a taxa de reinternação (Kleim, Vauth, Adam, Stieglitz, Hayward, & Corrigan, 2008).

Frente a esse contexto o presente estudo vem resgatar aspectos históricos da *loucura*, no sentido de explicar hoje as atitudes das pessoas frente ao doente mental, retomando os Serviços de Saúde Mental antes e depois da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, Rodrigues (2012) salienta que as atitudes têm uma forte ligação com os

comportamentos, referem-se ao campo da ação e não são diretamente observáveis, têm origem nas experiências subjetivas, são quase sempre referidas a um objeto social, incluem sempre uma dimensão afetivo-avaliativa e são aprendidas.

A fim de entender o que poderia explicar as atitudes frente ao doente mental, nessa presente dissertação dois constructos psicológicos irão explicar tais atitudes. Os *traços personalidade*, os quais estão ligados às características ou traços de um indivíduo e não a sua pessoa física. Para traçar a personalidade de um indivíduo enumeram-se as suas características internas, relacionais ou sociais que mantém um com os outros (Dias, 2010), bem como os *valores humanos*, com base na suposição teórica de que servem como padrões gerais de orientação para os comportamentos dos indivíduos, de que são representações cognitivas das necessidades humanas (Gouveia, Milfont, Fischer & Santos, 2008).

Para explicar as atitudes é necessário entender a personalidade das pessoas, pois esta não se constitui apenas de processos psicológicos, mas de todas as percepções vivenciadas por este indivíduo, e são as relações deste processo com estas percepções que se faz um todo organizado, ou seja, segundo Cattell (1946), a personalidade é um conjunto de traços que predispõem o indivíduo a agir de uma determinada maneira e num conjunto de situações.

Nessa perspectiva, além dos traços de personalidade perpassam na relação *sociedade* versus *doente mental* outra variável - *valores humanos*. Segundo Gouveia (2003), é possível identificá-los como expressões das necessidades humanas; portanto, todos os valores podem ser classificados como sendo *materialistas* (pragmáticos) ou *humanitários* (idealistas). Valores materialistas referem-se a ideias práticas, e a ênfase neles implica uma orientação para metas específicas e regras normativas. Valores humanitários demonstram uma orientação universal, baseada em ideias e princípios mais

abstratos. Fundamentou-se essa dissertação, por meio da Teoria Funcionalista dos Valores Humanos, a qual pode ser vista como integradora, parcimoniosa e teoricamente fundamentada (Gouveia et al., 2008).

Já em relação os traços de personalidade, estes podem ser descritos como unidades fundamentais da personalidade e representam, para o indivíduo, amplas disposições para responder de determinadas maneiras suas atitudes. Os traços podem ser organizados de forma proveitosa de acordo com cinco dimensões bipolares e amplas, conhecidas como as “cinco grandes dimensões”, também conhecido como *Big Five*, teoria norteadora desse estudo (Pervin & John, 2004).

Deste modo, a dissertação encontra-se dividida em duas partes. A primeira refere-se ao marco teórico, a qual é composta por três capítulos. Sendo pertinentes à construção desse estudo. No primeiro capítulo trata dos aspectos históricos do doente mental, a reforma psiquiátrica e os novos serviços de saúde mental. Em relação ao segundo capítulo abrange os valores humanos que podem explicar as atitudes frente ao doente mental, assim como o terceiro capítulo sobre traços de personalidade. O último capítulo refere-se a pesquisa empírica, onde por sua vez, estudos fundamentam a problemática em questão.

Por conseguinte, esta dissertação tem por objetivo principal conhecer como os valores humanos e traços de personalidade podem explicar as atitudes frente ao doente mental. Especificamente, Construir e conhecer evidências de validade fatorial e consistência interna da Escala de Atitudes Frente ao doente mental (EADM); Conhecer as correlações entre os fatores da EADM e as subfunções do QVB e o Big Five; bem como construir e testar um modelo teórico, em que os valores humanos e os traços de personalidade são preditores das atitudes frente ao doente mental. Desse modo, permite-se compreender como essas variáveis podem influenciar na percepção das pessoas na

sociedade contemporânea, principalmente nos profissionais da saúde. Refletindo suas práticas ressignificando-as numa perspectiva biopsicossocial.

**PARTE I: MARCO TEÓRICO**

---

**CAPÍTULO 1. O DOENTE MENTAL: ASPECTOS HISTÓRICOS E  
PERSPECTIVA ATUAL**

---

Este capítulo tem por objetivo entender como se constituiu a compreensão da loucura na sociedade. O contexto histórico elucida a loucura em três perspectivas: mitológica-religiosa, psicológica e organicista. Em seguida, mostra a doença mental com suas mudanças e desafios, considerando o período da desinstitucionalização, resultando assim na reforma psiquiátrica, a qual vem contemplar o indivíduo de forma integral. Em consequência da mesma surgem as novas políticas públicas de saúde mental mostrando a psicopatologia nos dias atuais, com seus avanços e desafios, ou seja, mostrando a transição do modelo biomédico para o biopsicossocial. Por último, evidenciam-se dados da literatura que dão suporte empírico para o estudo desta temática na atualidade, considerando as atitudes, que produzem comportamentos estereotipados e preconceituosos frente ao doente mental.

### **1.1 Contextualizando a “Loucura”**

Entender a “loucura” enquanto fenômeno social em um determinado período e cenário histórico permite conhecer o comportamento dos indivíduos nesse contexto, assim como refletir nas ações e relações sociais estabelecidas hoje. Conhecer o caminho político e social da loucura é essencial no cuidar do doente mental atualmente, tendo em vista a evolução nas políticas públicas de saúde. A fim de entender essas mudanças, Pessotti (1997) descreve a loucura em três perspectivas: mitológica-religiosa, psicológica e organicista.

A *perspectiva mitológica-religiosa* é iniciada na Grécia e Roma Antigas, onde há registros de casos de loucura, de anormalidades psíquicas e de seres humanos com alguma diferença comportamental em relação aos demais. Isto pode ser constatado na obra de Homero, onde alguns dos personagens apresentam momentos transitórios de insensatez (Pessotti, 1997). Neste momento, a loucura é compreendida como uma intervenção dos

deuses, um fenômeno teológico, que acontece quotidianamente, e determina os desejos e as ações do indivíduo. Assim, a loucura é permeada pela exterioridade, pela força dos deuses que se manifestavam por meio das vicissitudes do destino (Pacheco, 2009).

Nesta perspectiva, o louco não era responsabilizado pelos seus atos nem por seu sofrimento, já que os culpados eram os deuses. Assim, o indivíduo não era estigmatizado, nem considerado doente (Tílio, 2007). A cura não dependia de práticas específicas, mas da vontade dos deuses, pois a autonomia da vontade e o comportamento humano ficavam reféns da volição das entidades celestiais.

No período da Idade Média, o entendimento acerca da loucura é modificado, agora, os comportamentos desviantes são definidos como feições do demônio e as pessoas tornam-se possuídas por espíritos do mal (Pessotti, 1997). O demonismo ganha força com suas raízes na formação doutrinária do cristianismo. O culto a deuses pagãos é visto como obra do demônio e seus praticantes são conhecidos como hereges (Foucault, 1997). Nesse momento, há uma intolerância religiosa e a perseguição aos dissidentes das práticas habituais da igreja. Os loucos eram exorcizados em rituais demoníacos na Santa Inquisição da Igreja Católica e as pessoas consideradas ameaça a instituição católica eram martirizadas em tribunais religiosos, quase sempre queimadas em fogueiras (Stockinger, 2007).

O louco passa a ser visto como um perigo à sociedade porque a possessão demoníaca só ocorre em pessoas em pecado, na falta com Deus, ao contrário do que acontece com os indivíduos bons espiritualmente, que são livres de serem atingidos pelo demônio. Segundo Pessotti (1997), talvez aqui esteja o início da sustentação da periculosidade dos loucos, que mais tarde fundamentará a sua constrição através de medidas de segurança.

Em síntese, o modelo mítico-religioso prega a irresponsabilidade do louco perante seus atos, já que a conduta é determinada por forças superiores do Bem ou do Mal. Contudo, o acometimento de loucura passa a ser visto como um castigo para pessoas desaprovadas pelo senso moral dominante nas sociedades medievais (Pacheco, 2009).

A *perspectiva psicológica* tem início na Antiguidade Clássica, com os autores da tragédia grega (Ésquilo, Sófocles e Eurípedes) que apresentam traços da credulidade na intervenção cósmica sobre o comportamento humano. Embora quisessem retratar em sua obra a vida humana, com suas aberrações, e não visassem à psicopatologia, aos olhos atuais pode-se sustentar que traçaram complexos quadros clínicos de insanidade (Pessotti, 1997).

Pessotti (1997) reflete a natureza do homem como sendo contraditória, conflitiva e, por vezes, patológica. Eurípedes por meio de seus personagens (*e.g.* Freda e Medéia), apresenta quadros de melancolia, mania, paranoia e esquizofrenia. Destacam-se Freda<sup>1</sup> e Medéia<sup>2</sup> como sujeitas a conflitos causados pela paixão. A primeira é melancólica; vive em conflito entre a norma social ou ética e seu desejo, mais tarde chamado de forças da libido, na expressão de Freud. Já Medéia reflete perda de afetividade e do controle ético sobre a vontade, ao desejar matar seus filhos.

A partir do século XVII a racionalidade adquiriu paulatinamente maior credibilidade, havendo uma desvalorização das explicações míticas e religiosas. Na

---

<sup>1</sup> Obra escrita por Eurípides em torno de 428 a.C., conta à história de Fedra mulher de Teseu rei de Atenas, a qual se apaixona perdidamente por seu enteado Hipólito, o casto filho da Amazona. Após se deparar em uma paixão não correspondida se suicida e inventa uma péruida calúnia contra seu amado que causa o ódio de seu pai e o leva a morte.

<sup>2</sup> Obra escrita por Eurípides em torno de 431 a.C., conta à história de Medéia mulher de Jasão, que ao ser abandonada por este que iria se casar com a filha de Creonte, mata seus filhos e a futura noiva de Jasão, fugindo logo em seguida.

tradição ocidental, que valoriza a razão, a loucura foi desqualificada em sua capacidade de dizer a verdade (Machado, 2009).

O modelo psicológico de compreensão da loucura, que é refletido na tragédia grega, indica a soberania da natureza animal ou do instinto sobre o comportamento e a vontade do homem. Detém-se na explicação de conflitos passionais dos homens, provocados por suas próprias contingências naturais. O domínio das paixões pela razão é, assim, uma meta do homem que pretende tornar-se virtuoso e a supremacia das paixões sobre a razão caracteriza o processo de enlouquecimento. Este modelo é superado ou substituído por outros, até sua retomada parcial por Pinel, no final do século XVIII (Basaglia, 2005; Pacheco, 2009; Pessotti, 1997).

Em resumo, a perspectiva psicológica visa como produto os conflitos passionais do homem, é aplicado pelos psicanalistas, pelos seguidores de Pinel e Esquirol<sup>3</sup> e por todos que sustentam a modificação do comportamento por convencimento do paciente, seja através da argumentação, seja através de comportamento condicionado, como os seguidores de Skinner.

A *perspectiva organicista* tem seu início na Idade Antiga, com Hipócrates, o Pai da Medicina, tendo ampla aceitação nos séculos XVIII e XIX. A loucura é associada às disfunções somáticas, causadas, eventualmente, e de forma mediata, por eventos afetivos.

Na visão hipocrática, a loucura vai surgindo quando a flegma bloqueia a passagem de ar ao cérebro, causando a desnutrição e o esfriamento deste. Temporariamente desalimentado, o cérebro movimenta-se, afetando os sentidos e as percepções sensoriais (Pessotti, 1997). Para isto, a terapia recomendada era física, com uso de

---

<sup>3</sup> Esquirol nasceu em 1772 e faleceu em 1840. Conheceu Pinel em 1799, em Paris. E também foi um dos atuantes reformadores das instituições psiquiátricas da época. Fundou o primeiro curso para tratamento das enfermidades mentais. Lutou pela aprovação da primeira Lei de Alienados na França.

eletroconvulsoterapia (ECT), ou seja, a história conta que, até meados da década de 1970, a ECT foi amplamente empregada dentro dos hospitais psiquiátricos. Esse tratamento foi visto como um procedimento importante para a época, pois era um dos poucos recursos disponíveis que contribuíam para diminuir a agitação e amenizar sintomas psicóticos. Contudo, a ECT ocasionava medo e uma experiência traumatizante para o paciente e até mesmo para quem a aplicava. Além disso, foi utilizada por alguns trabalhadores da enfermagem como instrumento punitivo e coercitivo (Guimarães, Borba, Larocca & Maftum, 2013).

Essa perspectiva indica a diluição ou expulsão dos humores para os sítios orgânicos normais ou para fora do organismo, isto é, baseando-se em estudos de dissecação cerebral, à concepção hipocrática de definição da loucura como manifestação mental de causas orgânicas e fisiológicas, vem promover significativo avanço em seu entendimento nosográfico, através da classificação sistemática de quadros sintomáticos (divisão das loucuras entre maníacas, delirantes, melancólicas, entre outras), o que contribui para o que temos na psicopatologia hoje (Campos, 2013; Tílio, 2007).

Segundo Tílio (2007, p. 196): “[...] O ordenamento divino não seria mais responsável pela loucura, mas sim o funcionamento do organismo sediado no cérebro humano e no equilíbrio de seus elementos essenciais – os humores (calor, frio, secura, umidade) – com o ambiente [...].” De acordo com Campos (2013), dessa maneira a cura estaria no restabelecimento do equilíbrio dos humores, adotando a concepção de saúde apoiada sobre o enfoque organicista do corpo, num sentido de equilíbrio físico/mental. Em síntese, essa perspectiva vem corroborar a ideia de equilíbrio/cura, a qual se buscava através do meio externo, como alimentação adequada, banhos termais, prática de música, regulagem do sono, atividades físicas, limpeza do organismo pela limpeza intestinal.

Com este introdutório dos três modelos pode-se notar que a loucura teve diversos entendimentos ao longo do tempo, passando de uma visão mitológica e até certo ponto ingênuas para uma visão mais elaborada, científica que vai dar suporte para ter uma compreensão mais aprofundada sobre os aspectos sociológicos da loucura.

### *1.1.1 Perspectiva sociológica da loucura*

A loucura é um fenômeno social que deve ser interpretado conforme a época. Nos séculos XV e XVI, os loucos tinham liberdade para andar pelas cidades, no entanto, viviam da caridade do povo, o mesmo tratamento dado para os pobres. Acreditava-se que a existência de pobres e de loucos fazia parte dos desígnios de Deus, então, ajudar aos necessitados era uma forma de ter a salvação (Foucault, 1997).

Com a decadência do Feudalismo, no final do século XV, houveram mudanças na economia, desembocando em alta de preços nos gêneros de primeira necessidade e, consequentemente, aumento do número de mendigos. Junto aos loucos, os mendigos passaram a ser tidos como ameaças sociais, pela possibilidade de surtos de violência e de criminalidade. Leprosários passaram a ser ocupados pelos excluídos sociais, a saber: mendigos, vagabundos, portadores de doenças infectocontagiosas, sobretudo, de origem sexual (homossexuais, prostitutas) e loucos (Foucault, 1997).

Durante o Renascimento (século XV a meados do século XVI), na Europa (Espanha e depois na Itália) surgem as primeiras instituições destinadas aos loucos. Neste período, a cultura ocidental não adotou a prática da internação, ficando o louco em estado livre, pois ainda não havia o controle social, as casas de internação, os asilos, e os leprosários (Campos, 2013; Foucault, 1975).

Em meados do século XVII, o mundo da loucura tornou-se da exclusão, criou-se em toda a Europa instituições para internação não só dos loucos, mas de inválidos, idosos

em estado de miséria, mendigos, desempregados, pessoas com doenças venéreas, libertinos de toda espécie; enfim, seriam internadas todas as pessoas que em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade davam exemplos de “alteração” (Caponi, 2009; Foucault, 1975).

Neste período, o entendimento quanto ao tratamento destinado aos loucos muda radicalmente e começa o período das internações compulsórias em larga escala, em hospitais gerais e leprosários. Foucault (1997) denominou essas macroinstituições de “A Grande Internação”.

A loucura perdeu a conotação que outrora possuía, de ser obra de um deus ou do demônio, passou a ser simplesmente um estigma que passa a acompanhar aqueles que viveram a experiência de serem internados e nunca mais recuperarão a plena autonomia, mesmo conseguindo sair do hospital. Serão os apontados pelas ruas como sendo incapazes e mal vistos pela sociedade que os exclui (Pacheco, 2009).

No século XVIII e XIX, surge o tratamento Moral derivado das ideias do médico francês Phillipé Pinel<sup>4</sup>, a conduta desse tratamento ocorre em virtude dos métodos serem rigorosamente aplicada aos doentes. A psiquiatria então nasce como produto das relações hospitalares e como uma especialidade para tratar dos asilados, os miseráveis, bêbados e loucos confinados nos hospitais europeus daquela época (Stockinger, 2007).

Para garantir seu funcionamento, o modelo hospitalar necessitava da instauração de medidas disciplinares que viessem garantir a nova ordem. Assim, surge a delimitação do espaço físico com a necessidade de vigilância constante e registro contínuo. Dentro

---

<sup>4</sup> Philippe Pinel (Saint André, 20 de Abril de 1745 — Paris 25 de Outubro de 1826) foi um médico francês, considerado por muitos o pai da psiquiatria. Notabilizou-se por ter considerado que os seres humanos que sofriam de perturbações mentais eram doentes e que ao contrário do que acontecia na época, deviam ser tratados como doentes e não de forma violenta. Foi o primeiro médico a tentar descrever e classificar algumas perturbações mentais.

desses hospitais, percebe-se uma institucionalização das relações lá exercidas, tornando-se um mundo à parte, afastando cada vez mais o indivíduo de suas relações exteriores. A loucura passou a ser competência da medicina, mas essa não sabia ao certo o que fazer com ela. Por esse motivo passou apenas a analisá-la e, para isso, era importante mantê-la sob seus olhos justificando assim a continuação dos internamentos (Foucault, 1997).

O discurso que alimenta esse sistema de internação percebe os loucos como seres perigosos e inconvenientes que, em função de sua "doença", não conseguem conviver de acordo com as normas sociais. Então, retira-se desse sujeito todo o saber acerca de si próprio e daquilo que seria sua doença, ao mesmo tempo em que se delega esse saber ao especialista.

Segundo Foucault (1997), a exclusão se legitimou pela ciência que desejava curar a loucura para garantir mão de obra para a indústria em plena expansão. O mal a ser combatido era o ócio e os desvios das normas de uma sociedade em transformação, mas ainda tradicional do ponto de vista moral. Para tanto, criou-se todo um aparato centrado na disciplina dos pacientes, de modo a torná-los passivos e isentos de sua animalidade, para poderem ser úteis ao grande capital.

Caldas e Nobre (2012) afirmam que as cidades estavam se articulando a um novo sistema político e econômico que implicaria em uma forte transformação social e cultural. Assim, nos pilares da Modernidade estava se estabelecendo uma nova cultura, uma ciência como verdade, um homem racional como sujeito cidadão e um louco negativizado. É nessa cultura castradora que se institui o hospital psiquiátrico. Então, a sociedade livra-se da convivência com os loucos e o isolamento torna-se a tecnologia de cuidado à loucura.

Surge o termo “alienação mental” sendo este o primeiro conceito utilizado na medicina para nomear o que então era denominado de loucura. O termo alienação provém

do latim *alienatio*, que significa separação, ruptura, delírio, estar fora de si, fora da realidade (Lancetti & Amarante, 2006). O alienado era aquele que não mantinha o equilíbrio de suas paixões, sendo estranho àqueles que estavam a sua volta e as novas regras produzidas como sendo moral e ética (Caldas & Nobre, 2012).

Nomear alguém de alienado, nessa época, significaria que esta pessoa estava incapaz de participar da sociedade. Na Idade da Razão, as pessoas que eram identificadas como alienadas eram excluídas do convívio com a comunidade. Para Pinel, a alienação mental seria fruto, não de uma perda total da razão, mas de um distúrbio (Lancetti & Amarante, 2006).

Compreende-se que Pinel acreditava que a subjetividade humana poderia ser observada de maneira neutra como se observa um objeto ou animal em laboratório, para ele a internação de uma pessoa em uma instituição bem - estruturada poderia contribuir para a reorganização da própria pessoa, a própria instituição por si mesma tornar-se-ia a esta pessoa uma espécie de tratamento vigiado e punitivo. Pinel com seu tratamento moral, que consistia em regras, princípios e rotinas, tinha como “objetivo reorganizar o mundo interno dos sujeitos institucionalizados” (Lancetti & Amarante, 2006).

O sucessor de Pinel, o alienista Jean Etienne Esquirol (1772-1840), contribuiu para a permanência da prática pineliana, prevalecendo em seu pensamento a crença de que o tratamento aos alienados deveria ter como local exclusivo o manicômio. O isolamento de pessoas se consolidou não só com o objetivo de experimentar um modelo de tratamento, mas como condição médica necessária (Stockinger, 2007).

Nesse sentido, as instituições manicomiais tratavam a pessoa em sofrimento psíquico desvinculando-a de todo o seu contexto social, o que para Pinel, não deveria acontecer, pois nesses hospitais deveriam apreender de forma “pura” “a doença e suas implicações e não o doente o objeto a ser classificado” (Stockinger, 2007, p. 25).

Decorrente do exposto, o poder Psiquiátrico funcionou como controle dos comportamentos da sociedade fixando as condutas “normais” e as “anormais”, com a finalidade de enquadrar os desviantes do modelo, adequá-los ao padrão ou excluí-los nas instituições de controle e correção. Assim, a questão da loucura e sua relação com a razão, e a captura da loucura como problema médico, na raiz da modernidade, foi ao mesmo tempo uma das bases para o nascimento das ciências humanas e uma das bases para a consolidação do próprio capitalismo (Foucault, 1975).

A loucura para Foucault (1975) foi fundadora da psicologia e de toda a sua possibilidade de trabalho: a origem histórica da psicologia “objetiva”, “positiva” ou “científica” fundamenta-se numa experiência patológica. Foucault (1975, p. 84) complementa dizendo que “(...) nunca a psicologia poderá dizer a verdade sobre a loucura, já que é esta que detém a verdade da psicologia”. Nesta citação, entende-se que Foucault quer dizer que, não foi à psicologia que produziu a verdade sobre a loucura, mas a mesma só se apropriou dessa verdade já produzida sobre a loucura para se constituir como ciência.

Segundo estudos de Castelo Branco (2012) o que poderia vir a impressionar Foucault é o processo coletivista do tratamento, onde se possibilita aos membros da equipe terapêutica (assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, familiares) opinar, quando antes eram meros coadjuvantes. O que implica numa diminuição do poder dos psiquiatras (o que talvez explique a reação adversa tão forte que tais profissionais têm com a antipsiquiatria), que até então eram os senhores absolutos dos tratamentos nas instituições, assim como das explicações sobre as origens biomédicas das doenças mentais.

Se Pinel, como grande “reformador”, já estabelece as bases do saber alienista como realização de uma reforma social – do velho regime monárquico violento para a

nova sociedade livre burguesa – e o estatuto de ciência sempre foi colocado em questão na medicina mental, então a psiquiatria sempre esteve às voltas com sua crise paradigmática, instalada no seu interior não por acaso, na medida em que se converteu no lugar da medicina objetiva na qual se investigou a subjetividade (Torre & Amarante, 2012). Isto posto, coloca em questão o próprio dispositivo médico psiquiátrico, propondo mudanças e desafios na concepção de saúde mental hoje. Neste sentido, se faz necessário saber de que forma a desinstitucionalização provocou uma ruptura no modelo hospitalocêntrico, eclodindo num modelo de cuidar mais subjetivista.

## **1.2 Doença Mental: mudanças e desafios**

O hospício continua até hoje se transformando; adaptando-se à modernidade, evoluiu, mas carrega consigo, nesse percurso, traços culturais que merecem discussões permanentes. No contexto contemporâneo desta virada da loucura: existe hoje o enfoque organicista, pode ser visualizado no modelo biomédico e que hoje culmina nas neurociências, e o psicológico, que será visto por meio do modelo biopsicossocial. Para conhecer melhor a evolução dessas perspectivas se faz necessário conhecer o processo de ruptura das antigas práticas de conceber a doença mental. Sendo assim, há de considerar a desinstitucionalização.

### *1.2.1 Institucionalização e desinstitucionalização*

Com o desejo coletivo de construir uma sociedade mais livre e igualitária, dá-se início o processo de desinstitucionalização. No entanto, faz-se necessário entender a loucura na égide do processo de institucionalização, isto é, na lógica manicomial. Lugar de louco, como eram chamados, devia ser no hospício, colônias, hospitais psiquiátricos, enfim, qualquer estrutura que preconizava o tratamento através do afastamento do

“doente mental” – a loucura agora é compreendendo como uma doença e, portanto, passível de um tratamento (Koda, 2002).

Após as duas grandes Guerras Mundiais, a sociedade passou a refletir sobre a natureza humana, tanto com relação à crueldade quanto sobre a solidariedade entre os homens. Foram lançados olhares sobre o hospício e compreendeu-se que os mesmos deveriam mudar, pois as práticas ocorridas no âmago destes eram muito semelhantes ao que ocorria dentro dos campos de concentração. Com isso houve o nascimento das primeiras experiências com relação à reforma psiquiátrica (Guedes et al., 2010).

Para Basaglia (2005), a institucionalização caracteriza-se pelo saber psiquiátrico que aniquila a individualidade do paciente e os enquadra em categorias psiquiátricas que estão descritas em manuais, resultando em um diagnóstico - prognóstico (doença-cura). O tratamento oferecido faz com que a pessoa com doença mental aceite uma posição de inferioridade frente ao seu grupo social e seja excluída da sociedade (Luchese, Oliveira, Conciani, & Marcon, 2009).

Com esse movimento, a medicina deveria tomar para si o mandato social de controle e legitimar uma atuação técnica sobre o doente mental. A proposta considera todas as responsabilidades com a família e a comunidade em direção a um estatuto de cidadania e grau de autonomia possível ao doente mental.

Antunes (2007) adverte que é um problema de saúde pública conceber o doente mental numa perspectiva biológica desconsiderando toda sua vida. Por isso, para a formação de um pensamento crítico, contextualizado e integrador, de modo a organizar um pensamento complexo é necessário que se estabeleçam estruturas de redes que representem um conjunto articulado de associações capazes de ligar as partes ao todo, integrando pontos em uma teia na qual o todo é mais do que a soma das partes e o processo

de síntese resignifica as partes em um novo objeto, explicado por uma perspectiva multidisciplinar.

Considerando essa realidade, tornou-se emergente o processo de desinstitucionalização. Andrade et al. (2007) colocam em evidência, a articulação entre as práticas institucionais e as não-institucionais, ou as ações coletivas que devem ser esclarecidas, mas sem perder de vista a que e a quem se pode atribuir o empreendimento de autoconstrução ou reinvenção societária. O processo social de desinstitucionalização é configurado pela articulação de várias dimensões interrelacionadas, envolvendo movimentos de atores sociais, conflitos; sendo assim, o objeto do conhecimento no processo é transcendido, portanto, nenhum método cognitivo ou teoria podem apreender este objeto em sua complexidade e totalidade (Amarante, 2003).

A desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação para desmontar a solução para o problema da doença mental sustentada pela psiquiatria no manicômio. A cura do problema terapêutico da doença mental não é mais a cura do mesmo, mas sim o modo de ser da pessoa na sua vivência com esse sofrimento. A desinstitucionalização deve ser compreendida como um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas doentes em sujeitos (Rotelli & Mauri, 1990).

O principal objetivo da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre a instituição e os atores que a constituem (*e.g.* gestores, trabalhadores e os usuários dos serviços de SM). Neste processo, devem-se eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto

de periculosidade e reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais (Rotelli & Mauri, 1990).

O processo de desinstitucionalização vem mostrar a luta contra o estigma da doença mental deixado pela sociedade ao longo dos séculos. A Reforma psiquiátrica, assim como os outros movimentos sociais de luta pelos direitos dos doentes mentais, veio dar visibilidade e promover a inclusão social desses atores, confrontando com a discriminação e o preconceito (Fontes & Fonte, 2010). A desinstitucionalização foi responsável pela mudança de paradigma do cuidar do doente mental; o tratamento realizado sob a égide da racionalidade psiquiátrica e de exclusão passa a ser despendido de modo ao doente ter sua autonomia e fortalecer seus laços familiares e comunitários, ou seja, reinserir a pessoa ao seu meio social, mudanças essas que culminaram na Reforma Psiquiátrica.

### *1.2.2 Reforma psiquiátrica*

As mudanças começavam a ocorrer em todo mundo, um grande número de mudanças pontuais e, mesmo radicais surgem em diferentes países como Grã-Bretanha, França, Itália, Estados Unidos e Canadá. Nestes, os asilos são questionados e são introduzidos dispositivos comunitários. Surgem reformas institucionais (como as comunidades terapêuticas e as terapias institucionais na França) e projetos prevencionistas (a psiquiatria comunitária nos Estados Unidos). No entanto, uma forma mais crítica de reforma em relação aos modos de conhecimento e instituições psiquiátricas é levado a cabo pela reforma psiquiátrica italiana (e posteriormente pelo movimento antimanicomial brasileiro). Nesta tendência se demarca um claro enquadre político da questão da loucura (Ferreira, Padilha & Starosky, 2012).

Historicamente, a psiquiatria se constituiu como um campo polêmico e contraditório, pois fatores históricos, culturais, sociais e econômicos influenciaram na construção do novo modelo. Para Franco Basaglia<sup>5</sup>, considerado um dos maiores psiquiatras sociais, este saber legitima a exclusão do louco da sociedade, silencia-o para manter a ordem social, onde a prática anti-institucional ocorrida no manicômio de Gorizia na Itália vem fomentar e abrir os primeiros passos para uma transformação radical da instituição psiquiátrica, sinalizando o que será a experiência de Trieste, com repercussões em vários países.

O objetivo maior da Reforma Psiquiátrica na Itália foi por direitos humanos para as pessoas com doença mental, numa luta comum entre as instituições psiquiátricas e a sociedade. “[...] Os resultados objetivos do movimento antimanicomial italiano foram à conquista de uma nova legislação psiquiátrica (Lei 180) e uma profunda reforma do modelo assistencial.” (Goulart, 2007, p. 23).

O movimento nasceu e cresceu do desejo de se renovar o espírito do tratamento, humanizá-lo, e, mais que isso, substituir a lógica manicomial por uma lógica, que possibilite a criação de um sistema mais eficaz, preocupado com a inclusão ou reinserção social da pessoa com sofrimento psíquico. Esse movimento teve uma experiência principal, liderada por Basaglia, a experiência da cidade de Trieste, que produziu resultados positivos na substituição dos manicômios por serviços setoriais de saúde mental, e consequentemente a confiança na possibilidade da mudança (Basaglia, 1985).

Segundo Basaglia (2005) o processo de reforma psiquiátrica pública na Itália resultou de uma psiquiatria de asilo, baseada na exclusão e internamento para um trabalho comunitário de saúde mental reestruturado sobre a inclusão, restauração e construção de direitos para as pessoas afetadas com transtornos mentais. A concepção da lei

---

<sup>5</sup> Franco Basaglia era médico e psiquiatra, foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano, conhecido como psiquiatria democrática. Nasceu no ano de 1924 em Veneza/ Itália e faleceu em 1980.

psiquiátrica de 1904 - que definiu o doente mental como um perigo para si e aos outros e escândalo público e que organizou a instituição do asilo em torno desse perigo, a fim de tratar e contê-lo, se contrapôs a Lei 180 de 1978, que estabeleceu a reforma e sancionou à pessoa afetada com uma doença mental o direito aos cuidados de voluntariado na comunidade, que significou não apenas um marco legal, mas também uma transição conceitual - prática.

A liberdade seria então condição de tratamento, a qual traria também a perspectiva de futuro, interesses e mobilidades ao doente mental. Esta liberdade não deveria ser tomada como uma “dádiva do médico”, mas oriunda das próprias conquistas de direitos por parte dos considerados enfermos, que poderiam agora enxergar-se como sujeitos de própria iniciativa e responsabilidade (Basaglia, 2005).

Surge a Lei italiana, a qual segundo Goulart (2007) vem ser um marco de libertação, de luta por direitos humanos. Passa à história como Lei Basaglia, mesmo que a autoria não tenha sido do psiquiatra. Ela simplesmente foi identificada na figura de Franco em função do reconhecimento de sua luta e liderança carismática. No Brasil, isso se sacramenta na medida em que foi ele que apresentou aos brasileiros esta possibilidade de transformação das instituições psiquiátricas no final da década de 1970, no Rio de Janeiro. Na ocasião, era um dos convidados do Instituto Brasileiro de Psicanálise (IBRAPSI), bem como de outros grupos e instituições, do argentino Gregório Baremblipt e dos brasileiros Chaim Katz e Luis Fernando de Mello Campos. Basaglia participou, de 19 a 22 de outubro, no conhecido e elegante Copacabana Palace, da programação do Simpósio Internacional de Psicanálise, Grupos e Instituições, na estimulante companhia de Erving Goff MNLA an, Howard Becker, Thomas Szasz, Robert Castel, Shere Hite, Felix Guattari e Emilio Rodrigué, entre outros. Era um potente grupo de intelectuais e profissionais que desejavam discutir e transformar as instituições sociais.

No Brasil, a intensa participação social foi a “pedra fundamental” do SUS desde a sua origem, com a articulação de movimentos sociais, nos anos 1970 e 1980, que resultou na reforma do setor de saúde. A participação social na saúde foi institucionalizada pela Constituição de 1988 e, posteriormente, regulamentada pela Legislação dos anos 1990, que estabeleceu conselhos e conferências de saúde nos três níveis de governo (Ministério da Saúde do Brasil, 2012).

A reforma psiquiátrica no Brasil inicia-se entre 1978 a 1991, período contemporâneo ao surgimento do movimento sanitário, o qual buscou a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (Ministério da Saúde do Brasil, 2012). O movimento teve como estopim a crise da DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão destinado a formular políticas de saúde. Os profissionais e estagiários da área passam a trabalhar como bolsistas e em condições precárias, sendo expostos a violências institucionais (Caldas & Nobre, 2012).

Começam a serem frequentes as denúncias de agressões, trabalho escravo, mortes suspeitas dentre outras violências institucionais. Desse modo, em 1978, profissionais e estagiários de alguns hospitais psiquiátricos iniciam uma grande greve – apoiada por forças sociais democráticas que iam contra o regime militar. Esse movimento se produziu articulado a reivindicações e denúncias realizadas no sentido de melhores salários, férias e garantia de outros direitos trabalhistas – visando também uma melhoria na formação de recursos humanos, modificação das relações entre instituição, clientela e profissionais, bem como o estabelecimento de uma crítica ao modelo médico-assistencial e das condições de atendimento (Amarante, 2003; Caldas & Nobre, 2012).

Em 1986, na cidade de Brasília, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde e, pela primeira vez na história dessa conferência, foi aberta ao público, tendo um caráter de consulta e participação social. Uma nova concepção de saúde é formatada no evento, colocando a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Este evento permitiu uma reflexão e uma mudança na definição de alguns princípios básicos, tais como a universalização do acesso à saúde, a descentralização e a democratização, que implicaram uma nova visão do Estado (como promotor de políticas de bem-estar social) e uma nova visão de saúde (Caldas & nobre, 2012).

A década de 1990 foi um momento intenso na arena política quanto normativa para a saúde mental, consolidando assim a Reforma Psiquiátrica no país. A concepção de uma sociedade sem manicômios que, aparentemente, poderia parecer utópica, tornou-se possível após aprovação da lei 10.216, a qual foi resultado de grande mobilização da sociedade, especialmente representada pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei, originalmente proposta pelo deputado Paulo Delgado (1989) foi sancionada. O que se aprovou foi um projeto substitutivo do senador Sebastião Rocha ao Projeto de lei de Delgado, retirou-se do projeto original, a proposta de extinção progressiva dos manicômios no Brasil (Oliveira, et al. 2009). O que mudou na lei foi à cláusula da extinção dos manicômios para um redirecionamento na assistência em saúde mental (Nabuco, 2006).

Depois de um ano e oito meses de aprovação da Lei da reforma psiquiátrica brasileira, surgiu a Portaria/SAS nº 2391 que descaracteriza a modalidade de internação voluntária citada pela Lei 10.216, pondo em questão o direito de escolha da pessoa, se deseja por fim no tratamento por ela escolhido, regulamentando o poder de “persuasão”

(termo utilizado por esta portaria) e de decisão para terminar o tratamento ou não de acordo com a avaliação da equipe responsável (Ministério da Saúde do Brasil, 2001).

De acordo com os artigos da lei referida acima, Amarante (2003, p. 47) defende “uma concepção de reforma psiquiátrica que transmita o sentido de superação da ideia de metamorfose, [...] que supere a noção de uma simples reforma administrativa ou técnica do modelo assistencial psiquiátrico”. Para que ocorra essa transição, a ideia da vinculação do paciente com a sociedade deve ser acompanhada com a criação de recursos capazes de garantir a intermediação no processo de reinserção social, para que não seja necessária a internação. Assim, tornaram-se imprescindíveis políticas voltadas à criação de programas substitutivos que garantissem o bom funcionamento e a oferta de um atendimento humanizado em colaboração com a comunidade assistida, pacientes e cuidadores. A Reforma edifica um novo estado de coisas, onde a comunidade torna-se colaboradora no cuidado da doença mental (Gonçalves & Sena, 2001).

Por meio da reforma psiquiátrica foi possível um olhar diferenciado sobre o doente mental, privilegiando o cuidado humanizado e individualizado a essas pessoas, bem como redirecionando o discurso preconceituoso e excludente, numa perspectiva integradora e inclusiva na sociedade. Deve contemplar todos os âmbitos que perpassem a vida cotidiana dos sujeitos, proporcionando assim um aumento de sua autonomia, resgatando a cidadania destes em todas as nuances do seu viver (Guedes, et al. 2010).

No entanto, isso só foi possível em virtude de lutas contra o modelo hospitalocêntrico, promovendo assim a redemocratização na forma de cuidar do doente mental, por meio de dispositivos em que os usuários sejam atores principais no tratamento. Saindo assim da perspectiva doença-saúde versus saúde-doença, ou seja, sendo mais preventiva do que curativista. O que parece oposição na concepção de lidar com a saúde do doente mental, na verdade há uma distinção e aqui especificamente não

se trata de legitimar uma ou outra forma de tratamento, mais de entender como os modelos de saúde se adequam hoje a sociedade contemporânea. Ressalta-se a terminologia vigente para nomear o louco, o doente mental, pessoas com transtornos mentais verificando a transição na forma de cuidar, ou seja, o termo utilizado atualmente é “pessoas em sofrimento psíquico”, fruto dos avanços nas políticas públicas de saúde. Fez-se necessário manter até aqui tais termos em virtude da evolução histórica construída a partir da loucura.

Diante do que já foi exposto, ficou claro que a proposta do modelo biopsicossocial necessita da integração com o modelo biomédico para que possa haver uma forma de humanização dos paradigmas. Visto que o método mecanicista ainda prepara muitos profissionais com teorias e práticas incompatíveis com a demanda da realidade social, deixando-os sem habilidades para lidar com o sofrimento físico sobreposto ao sofrimento psíquico, fome, violência e injustiça social (Puttini, Pereira Júnior & Oliveira, 2010).

A crítica à terapêutica utilizada pela instituição psiquiátrica a pessoas em sofrimento psíquico, realizada pelo movimento italiano, conquistou adesão à proposta de desinstitucionalização em vários países no mundo, e também no Brasil, no momento em que aconteciam mudanças pós-ditadura militar. O processo de redemocratização do país possibilitou a expressão de movimentos sociais entre eles o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) oriundo de outras ações no campo da saúde, conhecido como o processo de Reforma Sanitária (Nabuco, 2006).

A construção de uma política pública de saúde mental tornou-se objeto das reivindicações propostas pelo MNLA, o poder público brasileiro pressionado por este movimento e por movimentos internacionais, passou a organizar conferências de saúde mental pondo em pauta os questionamentos dos usuários, dos familiares, dos profissionais que atuam neste campo (Ministério da Saúde do Brasil, 2012). As conferências de saúde

mental realizadas no Brasil foram de extrema importância no processo de mudança no cenário da saúde mental brasileira.

Os avanços na luta contra a institucionalização cresce cada vez mais no Brasil, com o objetivo de ampliar a perspectiva do Movimento da Luta Antimanicomial (que visa potencializar o poder de aglutinação de maiores parcelas da sociedade em torno da causa), é instituído o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, onde busca chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura.

Mudanças requer ajustes, e no Brasil o aparecimento de novos serviços respaldados pelas iniciativas das políticas públicas de saúde mental gerou um avanço no enfoque do trabalho terapêutico, o qual era centrado no modelo biomédico, e hoje se aprofunda na questão do sofrimento psíquico, tratamento de reabilitação psicossocial realizando abordagens mais completas aos indivíduos. Ao invés das práticas tradicionais que enfatizava a doença, um novo modelo de atenção entra em cena, no qual a subjetividade é reintegrada com o corpo social dos indivíduos em sofrimento psíquico. Essa tomada de consciência a respeito da importância dessas intervenções produz movimentos de superação do indivíduo, ou seja, na reconstrução de um corpo subjetivo, social e físico (Guedes, et al. 2010).

Sendo assim, foram criadas equipes mínimas de saúde mental, formadas por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A política de saúde mental proposta pelo Ministério da Saúde na contemporaneidade tem como estratégia a implantação de uma rede de apoio extra-hospitalar, as quais visam: Redução progressiva dos leitos psiquiátricos; Expansão dos Centros de Atenção psicossocial (CAPS); Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica; Consolidação do Programa “De Volta Para Casa”; Expansão das Residências Terapêuticas; Formação e qualificação de Recursos Humanos; Promoção dos direitos de

usuários e familiares e incentivo à participação no cuidado; Qualificação do atendimento hospitalar e ambulatorial existente; Consolidação da política para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (Ministério da Saúde do Brasil, 2012).

Tais estratégias, sem dúvidas, conferem uma série de avanços em termos de atenção as pessoas em sofrimento psíquico, as quais foram conquistadas em virtude do movimento de reforma da psiquiatria e abrem debate em torno do processo de negociação, divisão e delegação de encargos pelo cuidado em saúde mental entre profissionais, familiares, usuários e membros da comunidade. Vê-se como a mediação de trocas sociais e a arbitragem de conflitos cujas funções terapêuticas e administrativas estão articuladas.

Sua principal função é se constituir como um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, cuja severidade e/ou persistência demandem sua inclusão num dispositivo de cuidado intensivo, portanto, o CAPS deve oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, através do acesso ao trabalho, educação, lazer, exercício dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários, dentre outras ações práticas e eficazes (Ministério da Saúde do Brasil, 2012).

Esse novo movimento que surge na saúde Mental no Brasil passa a questionar a própria origem do saber, dos métodos de tratamentos e das instituições, numa perspectiva da cidadania da pessoa em sofrimento psíquico e de suas possibilidades de trânsito no tecido social. Uma reformulação na instituição de cuidado implica numa mudança no conceito de saúde mental, que deve deixar de ser compreendido apenas como uma questão de sintomas e de sua posterior remissão e sim como uma questão de existência. Para tanto, a Reforma propõe uma nova prática clínica que não mais se debruce apenas na doença e sim no sujeito doente, refletindo a preocupação com sua lida diária, com suas relações sociais e suas possibilidades de experimentação subjetiva. Tal discurso não significa a

afirmação de que a doença mental não ocasiona sofrimento ao sujeito, mas apenas que tal condição não o nulifica e não deve ser causa de sua exclusão (Amarante, 2003).

Atualmente, de acordo com o Ministério da Saúde (2012), a rede de atenção à saúde mental compõe-se dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos SRTs, dos Centros de Convivência, de Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, sendo caracterizada por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. Destaca-se o papel dos CAPS como um dispositivo bem sucedido na trajetória de implementação dos serviços substitutivos e no processo de reintegração do sujeito da experiência da loucura.

### *1.2.3. Psicologia Social e da Saúde: Saúde Pública no Brasil*

A aceitação do conceito integral de saúde, com a inclusão de três marcos de referência, o biológico, o psicológico e o social, leva consigo a exigência da aplicação integrada dos conhecimentos derivados de cada uma das partes do modelo, a fim de resolver problemas de saúde, para mantê-la e proporcioná-la. Assim, a relevância das variáveis comportamentais e psicossociais em importantes problemas de saúde cada dia estar mais evidente e esse novo conceito de saúde que compreende esses três componentes, impulsiona o profissional a estudar visualizando várias perspectivas, proporcionando a ideia de saúde integral, fazendo as conexões com a medicina e as ciências comportamentais (Marín & López, 2008).

A psicologia, em sua tradição clínica, tinha por princípio diagnosticar e tratar. Perspectiva que deixava de fora as ações de promoção de saúde e de prevenção primária de doenças. No entanto, à medida que a promoção de saúde e a prevenção de doenças entram para o vocabulário dos psicólogos, inicia-se uma mudança na delimitação da

abrangência da psicologia, que se desloca do modelo clínico ampliando-se na direção de novas práticas não tradicionais em psicologia (Alves et al., 2012).

Os mesmos autores ainda esclarecem que, a promoção da saúde tem como finalidade garantir o bem-estar psíquico, físico e social da população como um todo e é centrada no tratamento e na reabilitação. Já a prevenção de doenças busca eliminar ou reduzir a possibilidade de ocorrência de enfermidades e incapacidades. Objetiva modificar hábitos e estilos de vida que venham possivelmente a ocasionar danos à saúde dos indivíduos e ao meio social e ambiental no qual está inserido.

No Brasil, mediante o surgimento de programas propositores de ações sociais e de saúde, como: Programa saúde da família (PSF), Núcleo de apoio a saúde da família (NASF), Centro de referência assistência social (CRAS), Centro de atenção psicossocial (CAPS), dentre outros, foi necessária a constituição de equipes multidisciplinares para a intervenção nestes programas. De modo que o trabalho nestas equipes exige do psicólogo o estabelecimento de um diálogo interdisciplinar com outros profissionais, requisito que se entende igualmente importante para a adaptação e a ampliação do modelo de ação do psicólogo (Alves, et al. 2012).

É nessa perspectiva que Spink (2007) aponta o apoio matricial como ferramenta que possibilita que saberes e práticas que são reconhecidos como inerente a uma especialidade sejam oferecidos e discutidos com os diferentes profissionais que compõe a equipe, através de uma efetiva troca de saberes, resultando em práticas mais contextualizadas.

A autora ainda ressalta no que concerne à prática do psicólogo na saúde pública, não pode ficar alhures ao processo de renormatização e concepção de um novo modelo teórico – prático em conceber, aqui especificamente na saúde mental, pois se não houver uma compreensão do contexto de vida das pessoas em sofrimento psíquico, bem como o

conhecimento de sua história de vida, suas crenças e representações, que são condições necessárias para a organização das ações de saúde a serem oferecidas na assistência a essas pessoas, poderá causar descrédito e ineficiência das práticas do psicólogo.

Diante desse cenário, percebe-se que o conhecimento é fluido e ultrapassa fronteiras artificiais. A psicologia tendo que enfrentar dicotomias como corpo – mente ou indivíduo-sociedade, não é surpresa que muitas vezes é referida como multifacetada, como um arquipélago de paradigmas solitários, sempre vista muitas vezes meramente pelo seu caráter clínico, tendo agora que responder as demandas sociais (Spink, 2007).

Os psicólogos sociais alinhados com a postura crítica da disciplina tem a responsabilidade de compreender como essas novas modalidades biomédicas de cuidado afetam as pessoas. Frente à capitalização da Medicina, seria uma ilusão pensar que pode reverter essa situação: afinal, todos querem viver longamente com qualidade de vida. Mas não há ferramentas para seguir esses novos desenvolvimentos e empoderar aqueles que têm pouco acesso a essas novas tecnologias (Spink, 2010).

Spink (2010) faz ressalva para ficar atento às práticas discursivas que circulam no cotidiano, e prestar atenção ao que está acontecendo nas políticas de saúde e aos repertórios postos em circulação por tais políticas. Porém, muito mais estar em jogo. A ênfase na atenção básica e em equipes multidisciplinares abriu as portas para os psicólogos que, desde a década de 1980, passaram a integrar as equipes profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde e em serviços especializados (como os serviços de saúde mental).

Isto conduziu a mudanças no ensino de graduação no sentido de reverter algumas das características tradicionais dos cursos de Psicologia do Brasil: a supervalorização da especialização com descaso pela atenção básica; o foco na clínica individual; a falta de

experiência de trabalho em equipes; a ênfase na teoria e pouca reflexão sobre políticas públicas; a resistência em considerar a gestão pela perspectiva da participação popular.

Nesse sentido, a fim de entender as mudanças ocorridas ao longo das décadas, faz-se necessário conhecer às atitudes que as pessoas assumiram frente ao doente mental (pessoa em sofrimento psíquico). Ressalta-se, que neste processo histórico de evolução do pensamento há se fazer distinção entre os modelos explicativos de saúde: biomédico e biopsicossocial.

### **1.3 Modelos Explicativos em Saúde: biomédico e biopsicossocial**

Historicamente, nos tópicos anteriores verificou-se o modo de conceber o sofrimento psíquico, desde influência dos deuses e possessão demoníaca, como também uma prática mais organicista, o que vem evidenciar a hegemonia das ciências biomédicas no contexto da Saúde. Nesse sentido, torna-se inadequado, nesta lógica, explicar os fenômenos por meio de determinações próprias da estrutura social de uma sociedade. É preciso conhecer as particularidades do modelo biomédico e do biopsicossocial, a fim de entendê-los e que ambos possam dialogar de forma interdisciplinar (Puttini et al., 2010).

O modelo biomédico clássico denota uma compreensão dos fenômenos de saúde e doença com base nas ciências da vida, a partir da Biologia. Nessa abordagem, a doença é definida como desajuste ou falta de mecanismos de adaptação do organismo ao meio, ou ainda como uma presença de perturbações da estrutura viva, causadoras de desarranjos na função de um órgão, sistema ou organismo. No progresso científico da bacteriologia, sempre existirá um mecanismo etiopatogênico subjacente às doenças. Ao longo do tempo, o modelo biomédico foi assimilado pelo senso comum, tendo como foco principal a doença infecciosa causada por um agente (Puttini et al., 2010).

Diante da etiologia da doença, o modelo biomédico adota uma lógica unicausal, também designada lógica linear, procurando-se identificar uma causa, a qual por determinação mecânica, unidirecional e progressiva, explicaria o fenômeno do adoecer, direcionando a explicação a se tornar universal (Puttini, et al. 2010). No entanto, essa percepção para Foucault (2008) o adoecer se refere à situação global do indivíduo no mundo, sendo uma reação daqueles tomados na sua totalidade psicológica e fisiológica. Entretanto, ao tratar da relação cultural da medicina com o adoecimento na contemporaneidade, ou seja, para conhecer a verdade do fato patológico, o médico abstrai o doente e este passa a ser apenas um fato exterior em relação àquilo que sofre.

A fim de contemplar outros aspectos da vida da pessoa adoecida, entra em cena o modelo biopsicossocial, o qual foi elaborado e defendido por Engels em 1977 (Fava & Sonino, 2008), a partir da crítica à insuficiência da epidemiologia tradicional em abordar a saúde como um fenômeno radicado na organização social (Puttini et al. 2010), de que a doença não é somente unicausal como visto no modelo biomédico, mas seja vista como um resultado da interação de mecanismos celulares, teciduais, organísmicos, interpessoais e ambientais (Fava & Sonino, 2008) e também da crítica de que a relação saúde-doença é um processo, portanto sem ponto fixo, mas sim um estado.

Ao pensar desta forma, garante-se uma visão holística do sujeito em suas relações e em seu estado emocional, porém sem negar o biológico, onde a maioria das doenças se manifesta, até porque, como o nome diz é BIO (da biologia ou biológico), PSICO (de psicológico) e SOCIAL, ou seja, engloba todas as dimensões científicas inerentes ao homem (Puttini et al. 2010).

Nesta perspectiva, se evidencia a necessidade de resgate da dimensão subjetiva do ser que adoece. Isso implica, na perspectiva paradigmática do modelo biopsicossocial,

considerando as interfaces entre psicologia social e da saúde. A fim de visualizar melhor as perspectivas dos dois modelos segue o quadro abaixo trazendo a distinção de ambos:

Tabela 1. Modelos Explicativos em Saúde

Modelo Biomédico	Modelo Biopsicossocial
Doença-saúde	Saúde-doença
Tratamento medicamentoso	Outras formas de cuidar
Organicista	Psicossocial
Detentor das informações	Diálogo nas consultas
Coação/restrição	Participação
Fragmentação	Integralidade
Objetividade	Subjetividade
Ser passivo	Ser ativo
Cura-doença	Promoção e prevenção
Hospício	Serviços substitutivos (CAPS, PASM)
Afastamento	Aproximação
Tratamento curativista	Tratamento humanizado

Conforme apresentado no quadro, o foco hoje na psicopatologia não deve ser na doença-saúde, mas na saúde-doença. O tratamento medicamentoso deve ser coadjuvante no processo de cura, dando espaço as outras formas de cuidar. Os aspectos psicossociais devem compor o diálogo nas consultas, mostrando a interação do médico com paciente. Antes o paciente era um ser passivo no processo, e não havia uma integralidade na concepção da doença, era uma prática fragmentada, que restringia a participação do paciente nas consultas. Busca-se hoje um trabalho mais humanizado, saindo da perspectiva meramente curativista vindo contemplar a subjetividade do ser que sofre auxiliando no diagnóstico.

Embora os modelos sejam distintos, não se pode excluir o papel de cada um na atenção à saúde, cada um tem importância, seja na prevenção de doenças e promoção de saúde, seja no amparo de um acidente de trabalho. Mudar a consciência de uma sociedade não é nada fácil, incitar as pessoas a saírem do seu comodismo, muito menos. Sempre vai haver alguém que vai adoecer por não se cuidar e achar que a sociedade vai viver

totalmente com o pensamento que a saúde de caráter biopsicossocial é uma utopia, e para isso cada um dos modelos vai estar lá para sanar as necessidades de saúde.

Seria interessante que esses modelos se integrassem e delimitassem seu papel de atuação para que se completem e possam oferecer uma atenção à saúde completa a todas as pessoas a quem recorre aos serviços de saúde. A consideração da possibilidade de uma dialética, em que os diversos tipos de fatores determinantes da saúde-doença se influenciam reciprocamente, abre uma nova possibilidade de entendimento da complexidade biopsicossocial do ser humano.

Frente a esse paradoxo, a psicopatologia hoje deve dar respostas emergentes e ser resolutiva, pois só contemplar um aspecto da vida do paciente é insuficiente para um diagnóstico, bem como um prognóstico. Nesse sentido, deve-se ir além dos sintomas físicos, mas também contemplar fatores que podem estar além desses sintomas, e é isso que torna o modelo biopsicossocial mais adequado nos dias de hoje. Essa mudança se retrata por meio de lutas e movimentos pró-usuários do Sistema Único de Saúde, especificamente nas políticas de saúde mental, foco dessa dissertação.

Para tanto se reconheça as lutas vividas na construção e na mudança de pensamento das pessoas, da cultura, as formas de como as pessoas significam a doença, propondo hábitos saudáveis, a manutenção de um lar agradável e harmonioso, entre outras medidas que possam otimizar o processo de saúde.

#### **1.4 Atitudes frente ao doente mental**

Numerosas definições de atitudes têm sido propostas a partir da década de 1920. Fishbein e Ajzen (1975) definem atitudes como ações dos indivíduos diante de um determinado objeto. Empiricamente comprovado, mostrando que existe uma relação entre atitude e comportamento.

Segundo Rodrigues (2012), a atitude social pode ser definida como uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido, que predispõe a uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a este objeto.

As atitudes constituem bons preditores de comportamento, ou seja, o conhecimento das atitudes de uma pessoa em relação a determinados objetos permite que se façam inferências acerca de seu comportamento; as atitudes sociais desempenham funções específicas em cada indivíduo, ajudando-o a formar uma ideia mais estável da realidade em que se vive e também servindo para proteger o nosso eu de conhecimentos indesejáveis e as atitudes são à base de uma série de situações importantes, tais como as relações de amizade e de conflitos (Rodrigues, 2012).

Na concepção de Rodrigues (2012) apresenta-se em três componentes:

*Componente cognitivo:* Para que haja uma carga afetiva pró ou contra um objeto social definido, faz-se necessário que se tenha alguma representação cognitiva deste mesmo objeto. As crenças e demais componentes cognitivos (conhecimento, maneira de encarar o objeto etc.) relativos ao objeto de uma atitude constituem o componente cognitivo desta atitude.

*Componente afetivo:* Não há dúvida de que o componente mais nitidamente característico das atitudes é o afetivo. Nisto as atitudes diferem, por exemplo, das crenças e das opiniões que, embora se integrem numa atitude, suscitando um afeto positivo ou negativo em relação a um objeto e predispondo à ação, não são necessariamente impregnados de conotação afetiva.

*Componente comportamental:* As atitudes humanas são propiciadoras de um estado de prontidão que, se ativado por uma motivação específica, resultará num determinado comportamento, nisso as atitudes é como uma força motivadora à ação.

Partindo do conceito de atitudes pode-se verificar como o modelo assistencial baseado na reintegração do doente mental ainda sofre alguns entraves, como o estigma atrelado a estes pacientes. A ideia de que doentes mentais devem ser excluídos e tratados em instituições fechadas e a falta de conhecimento sobre os serviços de saúde mental, o que reforça atitudes negativas em relação a este grupo. A avaliação das atitudes da comunidade em relação aos doentes mentais é uma etapa importante na elaboração de estratégias para a implementação de Residências Terapêuticas, já que a reintegração e reinserção do paciente com transtorno mental é importante na sua reabilitação, porém muitos tem sua rede social prejudicada (Maclean, 1969; Taylor & Dear, 1981; Wolff, Pattare, Carig & Leff, 1996; Schomerus, Matschinger, Kenzin, Breier & Angermeyer, 2006)

A Escala de atitudes frente ao doente mental (EAFDM) baseia-se em escalas como a *Opinions about Mental Illness* (OMI) por Cohen e Struening (1962). Esta escala foi desenvolvida a partir das pré - existentes: *California F-scale* (Adorno, Frenkel-Brunswick, Levinson, & Sanford, 1950), *Custodial Mental Illness Ideology Scale* (Gilbert & Levinson, 1956), *Nunnally's scale of popular concepts of mental health* (Nunnally, 1961). O instrumento original continha setenta itens. Após análise do questionário, utilizando as respostas de 1.195 trabalhadores de dois grandes hospitais psiquiátricos, os itens foram agrupados em cinco dimensões e, em trabalho subsequente, reduzido para cinquenta e um itens. As cinco dimensões identificadas foram: (1) autoritarismo – a crença de que obediência à autoridade é importante e pessoas com doença mental são inferiores e não têm a capacidade de obedecer a regras, necessitando tratamento coercivo; (2) benevolência – uma ideia paternalista em relação aos doentes mentais; (3) ideologia higienista – a ideia de que doença mental é uma doença como qualquer outra e que uma abordagem profissional é fundamental para um tratamento adequado (4) restrição social

– a ideia de que a participação dos doentes mentais em atividades e relações sociais, como casamento, voto, capacidade de ter filhos etc., deve ser restringida; e (5) etiologia interpessoal – a ideia de que doença mental se origina de experiências interpessoais (Link, Yang, & Collinbs, 2004).

Por meio da política de desinstitucionalização e o destaque dos fatores genéticos na etiologia dos transtornos mentais, cronologicamente, são paradigmas que surgiram depois do desenvolvimento da OMI e, portanto, não estavam contemplados no instrumento. Para suprir esta defasagem, foi criada, em 1981, a escala *Community attitudes towards the mentally III* (CAMI) (Taylor & Dear, 1981). Esta escala usa a OMI como base conceitual e procura reproduzir três de suas cinco dimensões (autoritarismo, benevolência e restrição social). A quarta dimensão (ideologia da saúde mental comunitária) da CAMI foi desenvolvida a partir da escala *Community Mental Health Ideology* (CMHI) (Baker & Schulberg, 1967).

Como percebe-se não há uma escala de atitudes especificamente, mas de opiniões. No Brasil, estudos mostram a utilização da *Opinions about Mental Illness* (OMI), validada para o contexto brasileiro como Escala de Opinião sobre a doença mental (Pedrão, Avanci, Malaguti & Aguilera, 2003). Osinaga e Furegato (2003) construíram também uma Escala de Escala de Medida de Opinião (EMO), com 56 afirmativas sobre saúde, doença mental e assistência psiquiátrica para conhecer a opinião de portadores de doença mental, seus familiares e profissionais a respeito do tema.

Em relação a atitudes ressalta-se nos estudos de Pasquali, Nogueira, Martins & Martins (1987) a Escala de Atitudes frente ao Doente Mental - ADM. O referido instrumento, foi construído e validado para a população brasileira, possui cinco fatores que expressam estereótipos de cunho acentuadamente negativos. São eles: 1) incapacidade, onde o conteúdo dos itens revela o doente mental como pessoa que

representa uma incapacidade generalizada que se situa nos níveis de compreensão, concentração e recordação, cuidado de si mesmo e vontade própria, sendo inábil para trabalhar e cooperar com os outros; 2) desorientação, onde o doente mental é apontado como uma pessoa desorientada tanto no agir e no falar, quanto no pensar e recordar, mostrando-se desorientado quanto ao tempo e ao espaço, sendo portanto, uma pessoa associada a quem não se pode confiar tarefas importantes; 3) violência, no qual o doente mental é tido como um violento, isto é, agressivo, irritado e aquele que maltrata as pessoas e animais; 4) desvio sexual, onde se imputa ao doente mental um desvio sexual que assume as seguintes formas de expressão: pedofilia, sadismo, voyerismo, bestialismo, fetichismo e exibicionismo; 5) alienação, onde os itens indicam uma percepção do doente mental como um indivíduo com dificuldades de relacionamento com os outros e consigo mesmo, com indisposição para a ação e para o trabalho e com uma desorientação geral.

Tendo em conta o atual contexto de concepção de saúde, o qual contempla hoje aspectos subjetivos do paciente, mudando uma visão meramente biológica, busca-se agora biopsicossocialmente conhecer a vida desse sujeito em sofrimento psíquico. Nesse sentido, os estudos anteriores evidenciavam opiniões e não denotavam atitudes, salvo os estudos de Pasquali et al. (1987), porém há de considerar o ano de tal publicação e ver a necessidade de uma atualização da literatura, até mesmo porque novas políticas públicas de saúde mental vem suprir a deficiência deixada pelo estigma deixado pela loucura. Por isso, partiu-se para construção de um instrumento que considerasse aspectos culturais, pessoais, sociais, modelos de saúde – biomédico e biopsicossocial.

As atitudes frente à doença mental e ao seu portador, de forma geral, são possíveis de modificação, principalmente em profissionais de saúde, quando ainda alunos cursam as disciplinas específicas da área de Saúde Mental (psicopatologia, neurologia, etc) percebem as nuances específicas da patologia, porém desconhecem o sujeito que tem por

trás da doença em si. Esses estereótipos e preconceitos podem influenciar, de forma negativa, as condutas que esses profissionais terão com o paciente em questão e, comprometendo o cuidar, o que pode traduzir em atitudes autoritárias e benevolentes (paternalistas) e ainda outras, implicando no agir de modo não terapêutico com o paciente referido.

Considerando as atitudes frente ao doente mental outros estudos nacionais de Martins (1987), no que se refere ao tipo de treinamento universitário, indicam que os estudantes de Psicologia apresentam, de modo geral, atitudes mais positivas do que os estudantes de Medicina frente ao doente mental, enquanto os estudantes de Serviço Social não se diferenciam significativamente dos outros dois grupos. No tocante ao nível de treinamento universitário os resultados indicam não haver diferenças significativas entre os indivíduos amostrados. Avanci, Malaguti e Pedrão (2002) estudaram as atitudes dos estudantes ingressantes de enfermagem e verificaram que estes tendem a exibir atitudes negativas frente ao portador de doença mental.

Nos estudos de Hengartner, et al. (2012) verificaram que profissionais de saúde mental suíços apresentaram níveis significativamente mais elevados de distância social do que os brasileiros. Gil (2010) em seus resultados acerca das crenças e atitudes perante os doentes e as doenças mentais previamente à frequência do ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, as médias das crenças revelaram resultados positivos no sentido de um reconhecimento da doença e do seu cunho médico, ainda assim, os estereótipos da perigosidade, incurabilidade e responsabilidade individual são acentuados. Relativamente às atitudes observa-se que é na dimensão benevolência que se obtém uma média superior seguida, imediatamente, pela ideologia da higiene mental. No entanto, o autoritarismo e a restrição social surgem também como atitudes valorizadas pelos estudantes. A comparação dos resultados nas crenças e atitudes, antes e após o

ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental e psiquiatria, revela um efeito significativo ( $p<0,05$ ), em relação a maioria dos tamanhos de efeito são muito modestos (baixos), exceção para crença na incurabilidade e atitude de restrição social (Gil, 2010).

No campo das pesquisas internacionais os estudos em relação ao doente mental apontam para a perspectiva do preconceito, do estereótipo ou estigma, conforme os estudos de Thoits (2011), mostrando que as pessoas devem ser mais propensas a empregar estratégias de resistência ao estigma quando já tiveram experiência passada por familiares ou amigos; ao contrário daquelas que não têm membros ou pessoas próximas com doença mental.

Livingston e Boyd, (2010) realizaram um estudo de meta-análise em artigos que relaciona com o doente mental, no total, 127 preencheram os critérios de inclusão para a revisão sistemática. Nenhuma das variáveis sociodemográficas que foram incluídos no estudo foram consistentemente ou fortemente correlacionada com os níveis de internalização do estigma.

A análise ainda revelou uma relação negativa marcante e forte entre o estigma internalizado e uma gama de variáveis psicossociais (por exemplo, a esperança, a autoestima e empoderamento). Quanto ao quadro psiquiátrico, o estigma internalizado foi positivamente associado com a gravidade dos sintomas psiquiátricos e negativamente associado com a adesão ao tratamento. A análise chama a atenção para a falta de investigação longitudinal nesta área de estudo que tem inibido a relevância clínica dos resultados relacionados com a internalização do estigma. O estudo também destaca a necessidade de maior atenção na natureza da relação entre estigma e outras variáveis psicossociais.

A maioria dos estudos aponta para uma concepção negativa frente ao doente mental, o que por sua vez, frente ao novo contexto de saúde mental, um novo olhar deva

contemplar outros aspectos da vida da pessoa em sofrimento psíquico. Por isso nessa dissertação foi proposto a construção e validação de um instrumento de medida de atitude frente ao doente mental considerando as novas políticas públicas de saúde, os modelos de concepção de saúde (biomédico e biopsicossocial) e o contexto do indivíduo.

**CAPÍTULO 2. VALORES HUMANOS COMO EXPLICADORES DAS  
ATITUDES FRENTE AO DOENTE MENTAL**

---

O crescente desenvolvimento das ciências e sua aplicabilidade à vida humana conduzem o ser humano a uma infinidade de questionamentos, perplexidades e incertezas e que, frequentemente, provocam profunda crise de valores no sentido de desafiar a postura ética dos profissionais e a capacidade de conciliar nova demanda e competências. Mesmo com os indiscutíveis benefícios advindos do progresso tecnológico, mais especificamente associado à resolutividade das descobertas terapêuticas e à qualificação dos profissionais da saúde, urge discutir e redefinir/ reorientar os papéis exercidos por estes nas políticas públicas de saúde.

Fruto desse progresso as novas práticas de cuidar, especificamente da Saúde Mental, vem propor um novo paradigma de conceber a saúde, por meio do modelo biopsicossocial. Percebe-se uma mudança de valores ao longo da história no cuidar das pessoas com doença mental, ou seja, o estigma da loucura aos poucos vem sendo questionado, buscando assim a compreensão subjetiva do indivíduo que sofre.

Nesse sentido, com a finalidade de conhecer os valores humanos, apresentam-se a seguir aspectos históricos e diferentes perspectivas teóricas acerca desse construto, desde uma perspectiva sociológica, destacam-se as teorias de Hofstede (1984) e Inglehart (1977), enquanto que na perspectiva psicológica dos valores podem ser encontrados os modelos teóricos de Rokeach (1973), Schwartz & Bardi (2001) e Gouveia (1998, 2003). Sendo assim, adotar-se-á para compreensão dos valores a *Teoria funcionalista dos valores (TFV)* (Gouveia, 1998, 2003, 2012, 2013; Gouveia, Fonseca, Milfont, & Fischer, 2011) e por fim elucidará alguns estudos empíricos que se basearam na TFV.

## 2.1. Valores humanos na história e nas culturas

Apesar da consolidação dos estudos em valores ter ocorrido somente a partir da segunda metade do século passado, é possível encontrar alguns antecedentes históricos que fundamentaram os estudos mais contemporâneos. O conhecimento desses estudos iniciais é importante para compreender o desenvolvimento histórico do tema e, por consequência, seu estágio atual (Vione, 2012).

A fim de considerar um marco/ início nos estudos de valores, é na obra de Thomas e Znaniecki (1918), *O campesino polonês*, a qual vem inaugurar o tema dos valores em Psicologia, tendo sua origem no momento em que o homem percebeu a si mesmo como indivíduo, estando consciente de suas ações, e percebendo também no outro a possibilidade de existir (Gouveia et al., 2011, Gouveia, 2013). Portanto, o homem, enquanto ser social é essencialmente axiológico, não sendo possível identificar precisamente o momento de origem dos valores humanos (Vione, 2012).

Apesar de Thomas e Znaniecki (1918) não terem se aprofundado no campo dos valores, nem terem desenvolvido pesquisas empíricas ou teorias na área, eles trouxeram contribuições inegáveis a nível conceitual e analítico, sendo célebres na introdução ou diferenciação de conceitos que ainda eram tratados confusamente na literatura, ou mesmo não eram abordados diretamente.

Segundo Gouveia (2012, 2013), os valores humanos “tem sido praticamente os mesmos desde as civilizações antigas”, embora “priorizados de formas variadas. Esta afirmação é corroborada pelo fato de que os valores podem ser observados em diversos momentos históricos. É possível observar nas civilizações gregas (800 a.C), por exemplo, a valorização da arte, da música e da literatura que, segundo esse autor, compõem os valores suprapessoais. Na Roma antiga, em função do avanço cultural e jurídico, foram priorizados valores como beleza, êxito, conhecimento e justiça social (Gouveia, 1998).

Na Idade Media, percebe-se a oposição entre o rei, que representava valores de poder e tradição, e o clero, que, redigindo a Magna Charta Libertatum de 1215, anunciaava a preocupação com a justiça e a liberdade (Gouveia, 2012, 2013). Já no século XIX, os ingleses, migrando para a América, compuseram a Declaração de Direitos do Bom Povo de Virgínia, orientados pelos princípios de igualdade e liberdade.

Desta forma, para Gouveia (2012, p.68), “parece evidente que os valores [...] existem desde a época em que o homem, na pré-história, abandonou o refúgio das cavernas e se ergueu de pé”. Entretanto, embora os valores se constituam como universais e atemporais, as primeiras tentativas de sistematização dos valores humanos só vieram a ocorrer com Rokeach (1973).

Rokeach (1973, p.20) sugere que “os valores são representação cognitivas e transformações das necessidades”, e classifica os 36 valores por ele identificados em terminais, que se referem aos estados finais de existência (por exemplo, felicidade, liberdade, igualdade), e instrumentais, que dizem respeito a modos de comportamento (por exemplo, obediência, amor, coragem). Esta sistematização trouxe avanços significativos para o estudo dos valores humanos (Santos, 2008).

## **2.2. Perspectiva cultural ou sociológica dos valores humanos**

Mesmo não sendo foco dessa dissertação, é necessário conhecer os valores humanos na perspectiva cultural ou sociológica. Destacam-se os teóricos, os quais têm recebido destaque, sendo estes, Geert Hofstede, principalmente pelos valores individualistas e coletivistas, e Ronald Inglehart, com os valores materialistas e pós-materialistas.

Hofstede (1984) pode ser considerado o principal representante da perspectiva sociológica, entendendo os valores como representações de necessidades construídas

socialmente na realidade, estabelecidas sob o reflexo de normas sociais e institucionais vigentes (Medeiros, 2008). Este teórico assume quatro dimensões a partir das quais os valores culturais poderiam ser analisados: *distância de poder, coletivismo vs. individualismo, masculinidade vs. feminilidade e evitação da incerteza* (Hofstede, 1984). Destas, a dimensão individualismo vs. coletivismo foi a que obteve maior destaque, configurando um programa de pesquisa nos anos 1980 (Gouveia, 1998).

Apesar do sucesso inicial, o modelo de Hofstede (1984) recebeu várias críticas. Segundo Gouveia (2006), este se mostrou falho por dois motivos principais: (1) Hofstede indicava que com o desenvolvimento econômico as sociedades abandonariam o estilo de vida coletivista, passando a ser individualistas; todavia, as sociedades contemporâneas misturam elementos coletivistas e individualistas; e (2) seu modelo não considerou dados que tratassem o coletivismo e o individualismo como fatores independentes e legítimos, mas, contrariamente, os teve como pólos de uma mesma dimensão.

Há de considerar também os estudos de Inglehart (1977), que partiu da hierarquia de necessidades de Maslow (1971), procurando definir a origem dos valores. Este autor elaborou um modelo que teve em consideração os aspectos sociais e culturais dos valores, definindo duas dimensões: o *materialismo*, que diz respeito a valores materiais, à satisfação de necessidades mais básicas e de segurança; e o *pós-materialismo*, que se refere aos valores espirituais, originados a partir da satisfação materialista. Inglehart considera que o materialismo prevalece nas sociedades em que não são satisfeitas as necessidades de segurança (física e econômica), enquanto que o padrão pós-materialista predomina nas sociedades com mais recursos financeiros. As críticas acerca deste modelo se referem, principalmente, ao fato de que, em vários países, as dimensões se confundem e se combinam, não sendo adequado tratar os valores como pólos de uma mesma

dimensão ou, como costumeiramente se pensa, construtos independentes; as sociedades podem ser ao mesmo tempo materialistas e pós-materialistas (Gouveia, 1998).

A explicação desse fato é, para Inglehart (1991), baseada em duas premissas: a primeira é o fato de que as prioridades valorativas básicas são delimitadas pela hipótese da escassez, ou seja, as pessoas valorizam o que mais necessitam; enquanto que a segunda se deve ao processo de *socialização* pelo qual passam as pessoas, sendo necessária atenção para o contexto em que as pessoas foram socializadas no início de sua vida (infância e adolescência). Por exemplo, algumas pessoas que cresceram num contexto de escassez, durante uma grande seca ou enchente, podem seguir dando grande importância à segurança física e/ou econômica, mesmo já resguardado o suprimento dessas necessidades. Ainda de acordo com este autor, depois de usar a análise dos componentes principais, chegou-se à conclusão de que os valores agrupavam-se numa estrutura bipolar, em que os valores *materialistas* estariam no polo positivo, enquanto os *pós-materialistas* estariam no polo contrário (Medeiros, 2011).

Para Gouveia (1998), esta estrutura transcultural de valores existe, não obstante, ele pondera que o que não se sustenta é a hipótese de que as orientações *materialistas* e *pós-materialistas* sejam, estruturalmente, sequenciadas em polos opostos. Para Gouveia, em vários países, estas dimensões se confundem e se combinam, e não seria adequado tratar os valores num modelo dicotômico. Resumidamente, foram expostos os dois modelos teóricos dos valores humanos em nível cultural, que não será considerado para o presente trabalho. A seguir, apresentam-se os modelos valorativos a nível individual, iniciando a exposição por aquele que propõe Rokeach, seguido pelo de Schwartz e, finalmente, o de Gouveia.

### 2.3. Valores na perspectiva individual

Teóricos diversos (Coelho, Gouveia & Milfont, 2006; Schwartz & Huismans, 1995; Pimentel, 2004; Santos, 2008; Vasconcelos, Gouveia, Souza Filho, Sousa & Jesus, 2004) deram contribuições importantes para o tema “valores”, cada um com sua perspectiva teórica peculiar. Assim, na perspectiva mais psicológica (individual) são bastante conhecidos os modelos dos valores instrumentais e terminais de Rokeach (1973) e os tipos motivacionais de valores (Schwartz, 1994), extensão do primeiro. Contudo, recentemente também tem se apresentado uma tipologia funcional e integradora dos valores humanos, defendida por Gouveia (1998, 2003; Gouveia et al. 2008).

#### 2.3.1. Valores instrumentais e terminais de Rokeach

Tipicamente, os valores são vistos em termos de um sistema. Este sistema consiste numa disposição hierárquica dos valores ao longo de um contínuo de importância. O conceito de hierarquia permite a comparação de indivíduos, grupos sociais e culturais, não somente com relação a valores, mas também com prioridades axiológicas. Milton Rokeach (1973) é quem tem recebido o maior crédito por dar um maior impulso à pesquisa de valores após o apogeu do behaviorismo. Ele conceituou valores e explicou o seu significado; solicitou também às pessoas que identificassem palavras em cujo conteúdo estivesse embutido o conceito valor, na ordem de importância para elas, como um princípio orientador de suas vidas.

Rokeach (1981) foi quem pela primeira vez procedeu à mensuração específica dos valores na década de 1960, o qual propôs diversas versões do seu *Rokeach Value Survey* (Ros, 2006). Entretanto, somente quase duas décadas depois, nos anos 1980, observa-se no Brasil uma tentativa explícita de adaptá-lo (Günther, 1981). O seu modelo teórico parte de cinco pressupostos básicos: 1. O número de valores que uma pessoa possui é

relativamente pequeno; 2. Todos os homens possuem os mesmos valores em graus diferentes, independente da cultura na qual estejam inseridos; 3. Os valores são organizados em sistemas de valores; 4. Os antecedentes dos valores humanos podem ser encontrados em cultura, sociedade, instituições e personalidade de cada indivíduo; e 5. Os valores são manifestados (virtualmente) em todos os fenômenos que os cientistas sociais possam considerar como importantes de serem pesquisados.

Rokeach (1973) conceituou os valores sendo uma crença duradoura de que um modo específico de comportamento ou estado final de existência é pessoal ou socialmente preferível a um modo de comportamento ou estado final de existência oposto ou inverso. Neste sentido, os valores podem ser compreendidos como crenças prescritivas – proscritivas que permitem aos indivíduos julgarem objetos ou ações como desejáveis ou indesejáveis, recomendáveis ou reprováveis. Nesse sentido, uma vez que um valor fosse internalizado, ele se tornaria, consciente ou inconscientemente, um padrão ou critério para guiar a ação existiria (Rokeach, 1981).

O referido autor teoriza um sistema de valores, dividindo-os em *terminais* (o próprio desejável) e *instrumentais* (os comportamentos), que são operacionalizados por meio de duas listas de 18 valores cada, como se descrevem:

*Valores terminais*: representam estados finais de existência, a exemplo de *igualdade*, *vida confortável*, *felicidade* etc. Estes valores também são classificados como *autocentrados*, ou seja, com um foco pessoal ou *centrados* na sociedade, sendo com um foco interpessoal.

*Valores instrumentais*: representam condutas que são consideradas preferíveis, a exemplo de *ambicioso*, *honesto*, *responsável* etc. Estes valores ainda podem ser subdivididos em *valores morais*, os quais reportam o modo como se comportar, e, quando são violados, geram sentimento de culpa (intrapessoal); e *valores de competência*, que

conduzem a um estado (pessoal) de competência, de que se está agindo de forma adequada.

Para uma melhor compreensão e na tentativa de facilitar o entendimento acerca desta teoria, a estrutura dos valores de Rokeach pode ser visualizada na Tabela 1, apresentada a seguir.

*Tabela 2.* Tipos de valores instrumentais e terminais proposto por Rokeach (1973).

<b>Tipos de Valores</b>	
<b>Terminais</b>	<b>Instrumentais</b>
Estados finais de existência	Modos de comportamento
<b>Pessoais</b>	<b>De competência</b>
Centrados na própria pessoa, foco intrapessoal	Sua transgressão provoca vergonha, foco intrapessoal
Exemplos: <i>salvação, harmonia interior</i>	Exemplos: <i>lógico, inteligente</i>
<b>Sociais</b>	<b>Morais</b>
Centrados na sociedade, foco interpessoal	Sua transgressão provoca culpa, foco interpessoal
Exemplos: <i>um mundo de paz, amizade verdadeira</i>	Exemplos: <i>honesto, responsável</i>

Neste modelo, os valores se integram em conjuntos, denominados de sistemas de valores, organizando-se de forma hierárquica, de modo que cada valor é elencado em razão de sua importância em comparação com os demais valores. Esta organização dos valores pode sofrer mudanças (reordenações) durante a vida dos indivíduos. Estas mudanças (reordenação) de valores se dão, segundo Gouveia (1998), em consequência das experiências culturais, sociais e pessoais.

Rokeach (1973) ressalta uma característica importante dos valores, isto é, suas funções, ou seja, os valores têm cinco funções distintas, a saber: (1) *ego-defensiva*: os

sentimentos ou ações pouco aceitos, seja no plano pessoal ou social, podem se modificar, por processos de racionalização e formação defensiva, em algo mais aceitável, de maneira que socialmente representem conceitos culturalmente justificáveis; (2) *de conhecimento ou de auto-realização*: alguns dos valores fomentam a busca de significado e compreensão, o que sugere conhecimentos e, consequentemente, auto-realização; (3) *critérios de orientação*: para posicionamentos diante de problemas, tarefas como avaliar, julgar, emitir elogios a si ou a outras pessoas, comparar, persuadir, influenciar, racionalizar crenças, atitudes e comportamentos que de outro modo seriam pessoal ou socialmente condenados moralmente e necessários à manutenção da auto-estima; (4) *motivacional*: os valores guiam as ações humanas no cotidiano e expressam as necessidades humanas básicas e, finalmente, (5) *adaptativa*: alguns valores dão ênfase a modos de conduta ou estados finais que são de orientação adaptativa ou orientados para a utilidade.

Portanto, pode-se observar que Milton Rokeach contribui de forma significativa para o avanço nos estudos valorativos. De forma resumida, podem-se destacar suas contribuições nos seguintes termos: sua abordagem reuniu diversas perspectivas e conhecimentos de áreas diversas como antropologia, sociologia e psicologia; providenciou a distinção dos valores de outros construtos que são relacionados, a exemplo de atitudes e traços de personalidade; apresentou um instrumento específico para mensurar os valores; e destacou a centralidade dos valores no sistema cognitivo das pessoas, agrupando dados sobre seus antecedentes e consequentes.

Nos estudos de Gouveia et al. (2011) destacam algumas contribuições deste autor: (1) propôs uma classificação para os valores instrumentais e terminais, assim como seus respectivos subtipos; (2) desenvolveu o método de autoconfrontação no contexto de

mudanças de valores; e, por último, (3) propôs uma tipologia de ideologia política a partir da combinação de pontuações nos valores de *igualdade e liberdade*.

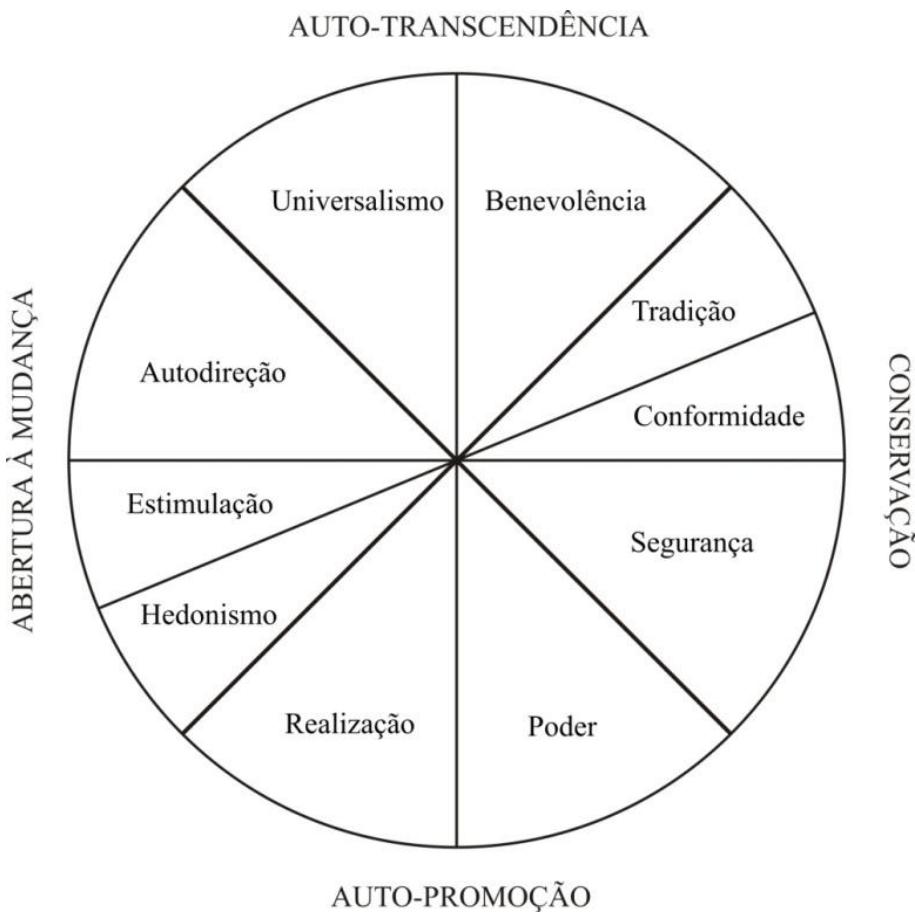
Entretanto, algumas críticas são apontadas ao seu modelo, como seguem os questionamentos de Gouveia, Martínez, Meira & Milfont (2001): (a) sua medida era de natureza *ipsativa* (sugere dependência entre as pontuações de um mesmo sujeito); (b) a estrutura dos valores, embora claramente delimitada, não foi formalmente testada com dados empíricos; e (c) a restrição das amostras de seus estudos, os quais foram realizados, principalmente, com estudantes universitários estadunidenses. Este talvez tenha sido seu maior problema, isolando-se academicamente, sem preocupação em difundir e divulgar seu modelo, aspectos que foram atentamente considerados por Schwartz (1992), quem tratou de montar um grupo extenso de pesquisadores espalhados pelos cinco continentes, procurando mostrar a universalidade de seu modelo.

### *2.3.2. Tipos motivacionais de Shalom H. Schwartz*

Outra contribuição importante são os estudos de House Schwartz, o qual foi responsável por tornar popular o estudo dos valores humanos. Schwartz elaborou duas teorias sobre os valores, sendo uma no âmbito cultural (Schwartz, 2006) e outra no individual (Schwartz, 1992, 2005; Schwartz & Bilsky, 1987). No entanto, somente esta última é abordada na presente dissertação, por ser a mais amplamente utilizada, possuir maior repercussão no meio acadêmico. Schwartz (1992, 2005) construiu seu modelo a partir dos trabalhos de Rokeach (1973), ampliando a lista de valores instrumentais e terminais, bem como adotando escala de resposta que combinava *ranking* com *rating*.

Na teoria de Schwartz (1994) os valores são definidos como metas desejáveis e transsituacionais, que variam em importância e servem como princípio na vida de uma pessoa ou de outra entidade social. Deste modo, ele sugeriu que a existência do ser humano se baseia em três tipos motivacionais primordiais: (1) necessidades biológicas do

organismo, garantindo a sobrevivência; (2) necessidades de regulação das interações sociais; e (3) necessidades sócio-institucionais de bem-estar e sobrevivência grupal. Ele propõe uma estrutura composta por dez tipos motivacionais (*autodireção, benevolência, conformidade, estimulação, hedonismo, poder, realização, segurança, tradição e universalismo*), nos quais todo e qualquer valor humano encontraria sua representação, independente da cultura. Esta estrutura complexa prediz relações de conflito e compatibilidade entre os tipos de valores. Concretamente, admite uma estrutura circular, onde os valores que são conflitantes se situam em direções opostas a partir do centro da figura, e aqueles que são compatíveis situam-se ao lado um do outro ao longo do círculo, conforme pode ser visualizado na Figura 1.



**Figura 1.** Estrutura circular de compatibilidade e conflito de Schwartz (1992)

Schwartz (1994, 2006) apresenta os tipos motivacionais com seus respectivos valores específicos ou marcadores entre parênteses, conforme estão listados a seguir:

- 1. Autodireção.** Compreende a busca de independência do pensamento e ação, envolvendo escolhas, criatividade e exploração (por exemplo, criatividade, independente, liberdade);
- 2. Estimulação.** Diz respeito à busca de excitação, novidades e mudanças na vida (por exemplo, ser atrevido, uma vida excitante, uma vida variada);
- 3. Hedonismo.** Este tipo motivacional indica a busca de prazer e gratificação sexual por parte do indivíduo (por exemplo, desfrutar da vida, prazer);
- 4. Realização.** Evidencia a demonstração de sucesso pessoal e competência de acordo com padrões sociais aceitáveis (por exemplo, ambicioso, capaz, obter êxito);
- 5. Poder.** Com este tipo motivacional é sugerida a busca de *status* social e prestígio, além de controle e/ou domínio sobre pessoas e recursos (por exemplo, autoridade, poder social, riqueza);
- 6. Segurança.** Compreende a busca de segurança, harmonia e estabilidade da sociedade, dos relacionamentos e de si mesmo (por exemplo, ordem social, segurança familiar, segurança nacional);
- 7. Conformidade.** Refere-se a restrições de ações, impulsos e inclinações que violam as expectativas e normas sociais vigentes (por exemplo, autodisciplina, bons modos, obediência);
- 8. Tradição.** Este tipo se traduz pela busca de respeito, compromisso e aceitação de costumes e ideias impostos pela cultura ou religião (por exemplo, devoto, honra aos pais e mais velhos, respeito pela tradição, vida espiritual);

**9. Benevolência.** Acentuam-se a busca e preservação do bem-estar das pessoas com quem se mantém relações de intimidade (por exemplo, ajudando, honesto, não-rancoroso, ter sentido na vida);

**10. Universalismo.** Indica a busca da compreensão, tolerância, aceitação e bem-estar de todos, além da proteção e preservação dos recursos naturais (por exemplo, aberto, amizade verdadeira, igualdade, justiça social, protetor do meio ambiente, sabedoria, um mundo em paz, um mundo de beleza).

Esta teoria dos valores ainda hoje é a que possui maior repercussão no mundo acadêmico, contudo não está isenta de críticas. Tais críticas referem-se, principalmente, à falta de uma base teórica subjacente à origem dos valores propostos e à ideia de conflitos dos valores, que não é compatível com a concepção do desejável, evidenciando ambiguidade de um modelo de ser humano adotado por seu proponente (Vione, 2012).

Neste sentido, procurando contar com um modelo teórico axiomatizado que tivesse que considerar contribuições prévias, mas pudesse ser maximamente parcimonioso, Gouveia e seus colaboradores propuseram a *Teoria funcionalista* dos valores humanos (Gouveia, 1998, 2003; Gouveia et al., 2008, 2011, Gouveia, 2013). Tendo em vista que ela tem sido o marco de referências de muitos estudos empíricos relacionados com comportamentos sociais (Freitas, 2013; Vione, 2012; Athayde, 2012; Aquino, 2009; Cavalcanti, 2009; Coelho, 2009; Coelho Junior, 2001; Diniz, 2009; Medeiros, 2008, 2011; Pimentel, 2004; Santos, 2008). Por isso considerar-se-á a referida teoria de valores, foco da presente dissertação.

### 2.3.3. *Teoria Funcionalista dos valores humanos de Gouveia*

Em sua revisão dos principais referenciais teóricos no campo dos valores, Gouveia (1998) identificou que, em geral, os modelos sobre valores não apresentam critérios para

identificar a fonte e a natureza deste construto. Segundo ele, raramente as propostas teóricas partem de uma concepção de homem, o que pode sugerir a composição de uma lista de valores tanto positivos como negativos (contra-valores).

A pertinência da temática decorre da constatação de que os valores humanos são de grande relevância, como construto, para o entendimento de diversos fenômenos sociopsicológicos (Bardi & Schwartz, 2003). A propósito, têm evidenciado diversas pesquisas que corroboram esta posição. Por exemplo, os valores humanos têm sido empregados para explicar vários outros construtos, a exemplo de atitudes e comportamentos ambientais (Coelho, Gouveia, & Milfont, 2006), intenção de constituir família (Milfont, 2001), interesses vocacionais (Gusmão, 2004), religiosidade (Schwartz & Huismans, 1995), preconceito (Vasconcelos et al., 2004), uso de drogas (Coelho Júnior, 2001), comportamentos sociais (Pimentel, 2004; Santos, 2008; Vasconcelos et al., 2004), preferência musical (Pimentel, 2004) e liberalismo sexual (Guerra, 2005), imagem corporal e autoimagem (Pronk, 2010) e a busca por um parceiro ideal (Gomes, 2011; Gonçalves, 2012).

Além disso, destaca que autores como Schwartz (1992) incluem, em seus modelos, valores sem conteúdo ou direção clara (por exemplo, limpo) e omitem outros de fundamental importância, como critérios de orientação do comportamento (por exemplo, sobrevivência). Rokeach (1973), de quem Schwartz deriva 40% dos valores utilizados em seu modelo, assume que a eleição dos valores que compõem seu instrumento foi intuitiva. Inglehart (1991), apesar de reconhecer a teoria das necessidades de Maslow como a base de sua teoria, não intenciona, com seu modelo, predizer comportamentos sociais, mas comparar culturas, por meio de uma dimensão bipolar dos valores (materialismo e pós-materialismo).

Partindo destas críticas, mas sem deixar de reconhecer as contribuições dos modelos existentes, Gouveia (1998, 2003, Gouveia et al, 2011, Gouveia, 2013) propõe um modelo alternativo, mais parcimonioso e que, apesar de ainda pouco difundido no contexto internacional, tem apresentado padrões satisfatórios de adequação. De acordo com Gouveia et al. (2008), os valores são critérios de orientação que guiam as ações do homem e expressam as suas necessidades básicas. Sua concepção de valores inclui três suposições teóricas, a saber: (1) assume a natureza benevolente do ser humano; (2) os valores são representações cognitivas das necessidades individuais, demandas da sociedade e institucionais, que restringem os impulsos pessoais e asseguram um ambiente estável e seguro; e (3) todos os valores são terminais, ou seja, expressam um propósito em si, sendo definidos como substantivos.

O modelo acerca da natureza motivacional dos valores humanos desenvolvido por Gouveia tem como foco principal as funções dos valores. Este autor aponta que são poucos os estudos que fazem referência a este aspecto, e a partir da análise dessas publicações, identifica duas funções consensuais dos valores: eles guiam as ações do homem (tipo de orientação) e expressam suas necessidades (tipo de motivador). Outro aspecto inovador do modelo se refere à inclusão do critério de orientação central.

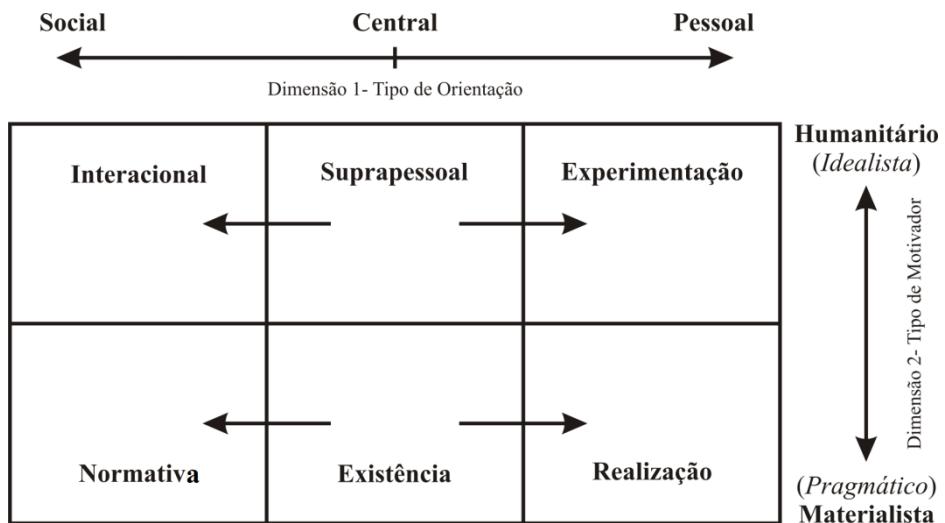
Rokeach (1973) divide os valores terminais em sociais, que compreendem aqueles de caráter interpessoal, e pessoais, considerados de foco intrapessoal. Revisando estudos empíricos sobre o tema, Gouveia (2003) observou que alguns valores figuram entre e são congruentes com os pessoais e sociais; tais valores são denominados por ele de centrais, indicando seu caráter central ou adjacente.

Segundo este autor, embora não haja uma correspondência perfeita entre necessidades e valores, é possível identificá-los como expressões das necessidades humanas; todos os valores podem ser classificados em termos materialistas (pragmáticos)

ou humanitários (idealistas). Valores materialistas referem-se a ideias práticas, e a ênfase nestes valores implica numa orientação para metas específicas e regras normativas. Valores humanitários demonstram uma orientação universal, baseada em princípios mais abstratos e ideais. Tais valores são coerentes com um espírito inovador, sugerindo menos dependência de bens materiais. A partir destas considerações, Gouveia et al. (2011) apresentam a estrutura teórica de seu modelo de valores.

As duas dimensões funcionais dos valores formam dois eixos principais, sendo o eixo horizontal correspondente ao tipo de orientação e o vertical ao tipo de motivador. Tais dimensões podem ser combinadas em uma estrutura três por dois, ou seja, com três critérios de orientação (social, central e pessoal) e dois tipos de motivadores (materialistas e humanitários), compondo seis quadrantes: social-materialista, social-humanitário, central-materialista, central-humanitário, pessoal-materialista e pessoal-humanitário.

A partir das interações dos valores ao longo dos eixos, são identificadas seis subfunções, distribuídas equitativamente nos critérios de orientação social (interacionais e normativos), central (suprapessoal e existência) e pessoal (experimentação e realização). Deste modo, os tipos de motivadores são representados por meio de três subfunções cada: no tipo materialista, localizam-se os valores de existência, realização e normativos, e, no humanitário, os suprapessoais, de experimentação e interacionais. Uma apresentação esquemática destas interações pode ser observada na Figura 2, sendo a descrição de cada uma das subfunções apresentada em seguida:



*Figura 2. Facetas, dimensões e subfunções dos valores básicos*

*Valores de Existência.* São compatíveis com as orientações social e pessoal dentro do domínio motivador materialista; o propósito principal destes valores é assegurar as condições básicas de sobrevivência biológica e psicológica. Estes valores são referência para os valores de realização e normativos, e são os mais importantes na representação do motivador materialista (estabilidade pessoal, saúde e sobrevivência).

*Valores de Realização.* Representam o motivador materialista com orientação pessoal; pessoas orientadas por tais valores são focadas em realizações materiais e buscam praticidade em decisões e comportamentos (êxito, poder e prestígio).

*Valores Normativos.* Expressam uma orientação social, sendo focados em regras sociais, e um princípio-guia materialista, que reflete a importância da preservação da cultura e das normas sociais. Estes valores enfatizam a vida social, a estabilidade grupal e o respeito por símbolos e padrões culturais que prevaleceram durante anos. A obediência é valorizada acima de qualquer coisa (obediência, religiosidade e tradição).

*Valores Suprapessoais.* Apresentam orientação central e motivador humanitário. Os seres humanos possuem uma necessidade biológica por informação (curiosidade) que os conduzem a uma melhor compreensão e domínio do mundo físico e social. Esta

subfunção é referência para os valores interacionais e de experimentação, e é a mais importante na representação do motivador humanitário (beleza, conhecimento e maturidade).

*Valores de Experimentação.* São representados pelo motivador humanitário, com uma orientação pessoal; contribuem para a promoção de mudança e inovação na estrutura das organizações sociais (emoção, prazer e sexualidade).

*Valores Interacionais.* Correspondem as necessidades de pertença, amor e afiliação, enquanto estabelecem e mantém as relações interpessoais do indivíduo. Representam o motivador humanitário com orientação social (afetividade, apoio social e convivência).

Finalmente, Gouveia (2013) apresenta a hipótese da congruência entre os valores; eles observaram que as correlações entre as subfunções dos valores são predominantemente positivas, podendo variar entre os indivíduos em termos de força.

Segundos tais autores, apesar dos termos “congruência” e “compatibilidade” serem frequentemente tidos como sinônimos, é preciso fazer algumas considerações. Congruência refere-se a consistência interna do sistema funcional dos valores, já a compatibilidade sugere a validade discriminante destas subfunções em relação a critérios externos. No modelo, a congruência entre as subfunções dos valores pode ser representada pela figura de um hexágono (*Figura 3*).

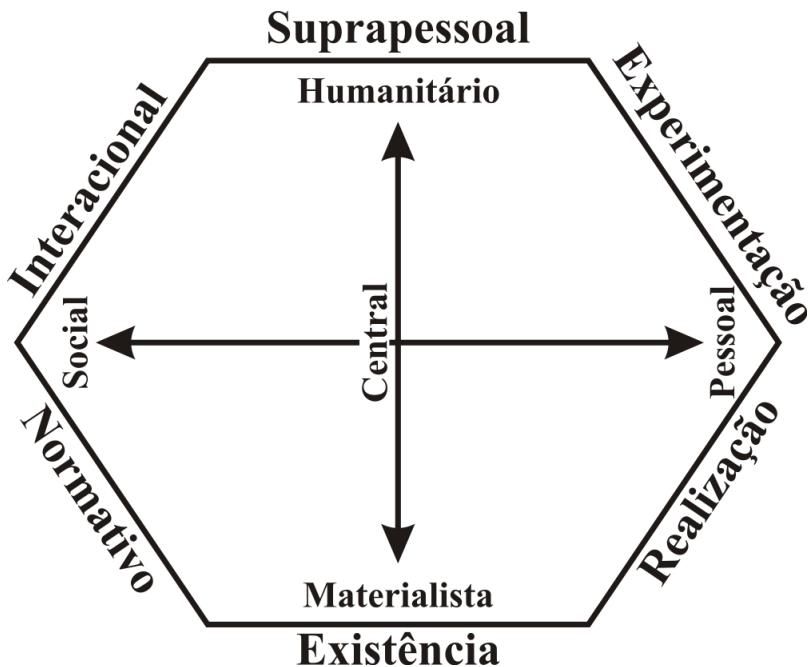


Figura 3. Estrutura da congruência das subfunções dos valores básicos

O hexágono sugere três níveis de congruência: (1) Congruência baixa. Concentra as subfunções que apresentam diferentes orientações e motivadores; estas se localizam em lados opostos do hexágono. Por exemplo, valores de experimentação e normativos, e valores de realização e interacionais. Os autores apontam que a baixa congruência deve-se ao princípio-guia relativamente independente destes grupos de valores; (2) Congruência moderada. Reúne as subfunções com o mesmo motivador, mas com orientações diferentes; corresponde aos pares de subfunções dos valores de realização-normativo e experimentação-interacional, cujas metas são extrínsecas e intrínsecas, respectivamente; e (3) Congruência alta. Agrupa os valores com a mesma orientação, mas com motivador diferente; esta corresponde aos pares experimentação – realização e normativo-interacional, situados em lados adjacentes do hexágono.

Gouveia (2013) ressalta que os valores de existência e suprapessoais não foram incluídos na hipótese de congruência por duas razões teóricas. Primeiro, por serem valores centrais, estes apresentam correlações positivas e fortes com todas as outras subfunções; os valores de existência apresentam correlações mais fortes com os de

realização e normativos, e os valores suprapessoais com os de experimentação e interacionais. Segundo, a não inclusão destas subfunções está relacionada com firme distinção teórica entre os valores; a diferença principal dentro do sistema de valores ocorre entre os sociais e pessoais, e não entre os materialistas e humanitários, porque aqueles refletem a unidade principal de sobrevivência (indivíduo ou sociedade).

Como se pode constatar, a Teoria Funcionalista dos Valores Humanos apresenta um conjunto de vantagens frente a outros modelos acerca desse construto, o que reforça a sua utilização como referencial teórico na presente dissertação.

#### **2.4. Aplicabilidade da Teoria Funcionalista de Valores Humanos**

O efetivo resgate da condição humana como princípio da cidadania e/ou princípio de humanização se dá através da autenticidade, da dignidade, da solidariedade, da afetividade e do respeito à individualidade humana. As incertezas e a desestabilização dos valores são a face aparente de uma humanidade que está envolta em profunda crise, à busca de novos debates e possibilidades capazes de reconstruir/reordenar o conhecimento a partir de princípios humanos e éticos (Backes, Koerich, & Erdmann, 2007).

Uma reflexão filosófica consciente e coerente acerca dos valores humanos que norteiam o processo de humanização e do princípio da responsabilidade social poderá auxiliar na problematização das reais necessidades, isto é, das vantagens e/ou desvantagens que o progresso impõe na prática dos profissionais da saúde. Na sociedade contemporânea as exigências na prática se saúde mental vem sendo considerada como uma dimensão definidora na vida do sujeito e essencial na recuperação da saúde da pessoa em sofrimento psíquico. Isto, porém, não significa que este processo seja harmonioso; ao contrário, ainda é preciso que os profissionais desenvolvam novas competências, capazes

de provocar resignificação dos valores e princípios que balizam a humanização no cenário da saúde (Backes, et al. 2007).

Isto posto, percebe-se que nas políticas públicas de saúde hoje à um caráter integrador, humanitário, dialógico do paciente e o médico, conferindo assim uma congruência psicológica nas atitudes, o que evidencia-se por meio do modelo biopsicossocial. Pesquisas recentes têm demonstrado que as pessoas tendem a não demonstrar preconceito em relação a grupos minoritários, aqui especificamente a pessoas em sofrimento psíquico (Gouveia et al., 2006).

Estudos que relacionam valores e saúde são escassos e os que estabelecem tal relação são de cunho qualitativo a exemplo de Barroso, Vieira e Varela (2006), os quais estabelecem interdisciplinaridade nas políticas públicas, Gonzaga e Silva (2010), apontam evidências quanto a integralidade e uma revisão na formação de profissionais de saúde.

Considerando a Teoria Funcionalista dos Valores Humanos (Gouveia, 2003), estudos de Gouveia, Athayde, Soares, Araújo e Andrade (2012) com grupos minoritários, a exemplo de homossexuais, um resultado que chama a atenção na referida teoria é a subfunção existência. Seus valores têm orientação mais materialista, focando a estabilidade pessoal acima de qualquer coisa (Gouveia et al., 2008). Esta subfunção parece ser a base da motivação externa para proceder sem preconceito em relação aos gays e, principalmente, às lésbicas. Isso sugere que indivíduos que se pautam fortemente por este princípio axiológico não são preconceituosos por uma questão de “consciência”, mas por receio de parecer socialmente indesejável diante dos demais. Neste sentido, buscam sua estabilidade, evitando o confronto e buscando ajustar-se ao grupo.

Nos estudos de Gouveia, Medeiros, Mendes, Vione e Athayde (2012) em relação a atitudes frente à tatuagem foram corroborado que as subfunções normativa e

experimentação são a base dessas atitudes. No caso, coerente com a teoria funcionalista dos valores humanos (Gouveia et al., 2008), os valores normativos favorecem atitudes negativas enquanto os de experimentação endossam aquelas mais positivas. Esse padrão de correlação é similar em termos da explicação de atitudes e comportamentos não-convencionais (Pimentel, 2004; Santos, 2008), como é possível que ainda possa ser percebido o uso de tatuagem no contexto brasileiro, ou seja, há grupos que aceitam seu uso e outros que relacionam tal uso a comportamentos desviantes ou como pessoas que não obedecem a regras.

**CAPÍTULO 3. A PERSONALIDADE COMO VARIÁVEL PREDITIVA FRENTE  
ÀS ATITUDES AOS DOENTES MENTAIS**

---

### 3.1. A Personalidade

A personalidade se refere aos comportamentos e emoções vivenciados por um indivíduo em seu cotidiano, sob condições normais, revelando uma estabilidade e previsibilidade ao longo da vida e dinamismo em consequência de mudanças existenciais ou alterações neurobiológicas (Tavares, 2006).

Quando se faz uso da palavra “personalidade” pode-se estar fazendo referência a características permanentes, já que pressupõe-se que ela seja razoavelmente estável e previsível. Contudo, apesar das pessoas se comportarem de uma determinada maneira, não implica dizer que, em outras ocasiões não hajam de outra. Tal comportamento se dá pelo fato de que a personalidade não é rígida ou imutável, ou seja, as pessoas podem apresentar algumas variações de acordo com determinadas situações (Schultz & Schultz, 2011).

Isso pode ser percebido frente às atitudes das pessoas em relação ao doente mental, que ao longo das décadas foi construindo uma percepção estereotipada em relação a estas pessoas. Inicialmente será abordado a personalidade numa perspectiva sociológica considerando o meio como formadores desta. Em seguida, traz os seus principais representantes.

#### 3.1.1. Perspectiva Sociológica da Personalidade

A análise dos fatores hereditários e ambientais conduz à conclusão de que a hereditariedade não atua ou influencia isoladamente o processo de desenvolvimento das características individuais. Há uma contínua interação entre hereditariedade e meio. Sem a hereditariedade não surgiriam as características individuais e do próprio indivíduo.

A hereditariedade é um ingrediente básico, mas sem o meio este fator não se desenvolve. De acordo com a teoria da Construção Social da Realidade, Berger e Luckman (2000) observaram que o ser humano é um animal que nasce biologicamente

imaturo, pois o seu desenvolvimento ontogenético "desde o nascimento até a maturação para reprodução" é o mais longo de todos os mamíferos. Dessa forma, o organismo humano ainda está em crescimento quando se encontra já em relação com seu meio ambiente, o que faz pensar na influência do meio na formação do sujeito. Além do meio natural, o meio ambiente é composto por outros seres vivos, sobretudo humanos, inseridos num mesmo contexto sociocultural, e o contato com eles faz com que o indivíduo se forme em um ambiente com uma ordem social e cultural específica (Gabriel & Castanheira, 2012).

O fato de o desenvolvimento humano acontecer juntamente às determinações socioculturais ajuda a compreender porque há tantas variações no tornar-se humano. Nota-se, assim, que o ser humano tem uma natureza flexível e suscetível às influências sociais. Seus impulsos, inicialmente, são desprovidos de especialização e direção. A socialização terá significativa influência na direção e especialização dos impulsos do ser humano, levando a concluir que o homem é, em parte, produto de experiências socioculturais (Gabriel & Castanheira, 2012).

Berger e Luckman (2000) ressaltam que, ao passar por um processo de socialização, o ser humano inicia a formação do eu. Embora a origem do eu esteja no nascimento biológico. O "eu", enquanto uma identidade reconhecida, é formado por processos sociais de uma determinada cultura e, também, por aspectos psicológicos que complementam esta configuração. Assim, não se deve compreender um ser sem conhecer sua biografia e o contexto social em que foi formado (Berger & Luckman (2000). Para os autores, a socialização inicia-se com a criação de hábitos, inerentes à cultura, que dirigem os impulsos do homem biológico. Formam-se, assim, pessoas com condutas diferentes, características das culturas a que pertencem. Ao haver o encontro de dois indivíduos oriundos de diferentes culturas, observa-se que as condutas habituais, desempenhadas por

um, levam o outro a observá-las e imitá-las. Desta forma, há uma tipificação recíproca de conduta, pois cada indivíduo tem seu comportamento específico, que serve de modelo para o outro, além de tornar-se conhecido por este. Inicia-se a institucionalização, existindo assim uma rotina habitual e certa, em que cada um é capaz de predizer as ações do outro.

As atitudes pessoais não são mais fontes de observação e atenção, elas passam a ser naturais e, ao nível de rotina, criam espaço para inovações, construindo, assim, o mundo social, no qual as pessoas interagem e atuam separadamente, uma interação que promove reciprocidade. Ou seja, a personalidade humana começa se sobressai diante das ações que este indivíduo estabelece dentro da sociedade. A fim de entender melhor, várias perspectivas teóricas procuraram entender a personalidade e teóricos de cada uma delas deram sua contribuição frente a esse construto.

### **3.2 Teorias Psicológicas da personalidade**

A fim de entender o construto da personalidade serão apresentadas as principais teorias, bem como seus representantes e as contribuições que cada um deles promoveram nesse campo da psicologia.

#### *3.2.1 Teoria Psicanalítica*

A teoria psicanalítica no estudo da personalidade atribui um papel proeminente ao complexo jogo de forças do comportamento humano, sendo este visto como resultado de lutas e acordos entre motivos, impulsos, necessidades e conflitos. Sigmund Freud é seu principal representante, estava mais interessado no estudo e tratamento de personalidades anormais, associando sua teoria de personalidade com psicoterapia, como meio de tratamento de doenças mentais (Corrigan, et al. 2001).

Sigmund Freud elaborou sua teoria acerca da personalidade com base na observação clínica de seus pacientes, onde seu enfoque se diferenciava muito da investigação rigorosa em laboratório dos elementos da experiência consciente ou do comportamento (Schultz & Schultz, 2011). Em sua teoria destacam-se os instintos elementos básicos da personalidade, sendo considerados como forças motivadoras que impulsionam o comportamento, que podem ser instintos de morte ou vida.

No entanto, a fim de estruturar sua teoria em 1900, no livro *A interpretação dos sonhos*, Freud apresenta a primeira concepção sobre a estrutura e o funcionamento da personalidade. Essa teoria refere-se à existência de três sistemas ou instâncias psíquicas: inconsciente, pré-consciente e consciente, sendo o terceiro o mais estudado por ele. Alguns anos mais tarde Freud resolve remodelar sua teoria e estrutura em: (1) o *id*, correspondendo ao conceito inicial de inconsciente, e sendo o reservatório dos instintos e da libido; (2) o *ego*, o qual é o mestre racional da personalidade, que ajuda os impulsos do *id* a obter a redução de tensão que almeja; e (3) o *superego*, que é o lado moral da personalidade, costumeiramente adquirido por volta dos cinco anos de idade. Além de suas teorias, Freud aprofundou seus estudos trazendo a inovação dos estágios psicossexuais do desenvolvimento da personalidade, indicando que todas as crianças passariam pelos estágios oral, anal, fálico e genital, nos quais a gratificação dos instintos do *id* dependeria da estimulação das áreas correspondentes do corpo. Até hoje é grande referência na sexualidade infantil. Além disso, denominou vários tipos de mecanismos de defesa e observou que geralmente as pessoas fazem uso de diversos deles ao mesmo tempo, nunca um isoladamente, a exemplo da repressão, a negação, a formação de reação, a projeção, a regressão, a racionalização, o deslocamento e a sublimação (Schultz & Schultz, 2011).

Em suma, Freud veio tornar possível o acesso do inconsciente e a integração de seus conteúdos na consciência. Isto porque são estes conteúdos desconhecidos e inconscientes que determinam, em grande parte, a conduta dos homens e dos grupos — as dificuldades para viver, o mal-estar, o sofrimento.

### *3.2.2 Teoria Cognitiva*

George A. Kelly propôs uma teoria da personalidade onde o indivíduo percebe, interpreta e conceitua os eventos e o seu ambiente. Por meio do seu método terapêutico lhe possibilitou compreender o modo como as pessoas dão sentido à sua realidade, às suas experiências, na sua própria linguagem. Procurava evitar o viés do observador e entender as percepções dos seus pacientes, as suas teorias implícitas e, com eles, construir o seu mapa mental. O referido autor não encontrou no seu sistema conceitos familiares como inconscientes, ego, necessidades, impulsos, estímulos e reforço — nem mesmo motivação e emoção (Schultz & Schultz, 2011).

Estava convicto que as pessoas sabem qual o seu problema e conseguem encontrar as soluções mais adequadas. Assim, o seu método consiste essencialmente numa entrevista estruturada, com o objetivo de aceder à estrutura e ao conteúdo das teorias implícitas que dão sentido à realidade de cada um. O seu objetivo era agir como facilitador, de modo a permitir que os seus pacientes reelaborassem as suas cognições.

Kelly considerava que cada ser humano é como um cientista que estabelece hipóteses para dar sentido ao meio que o rodeia. As hipóteses são dicotómicas, tal como a hipótese experimental é definida por oposição à hipótese nula. Kelly não falou em hipóteses mas sim em constructos pessoais. Os constructos correspondem a expectativas ou à antecipação dos acontecimentos. Esta antecipação dos acontecimentos constitui o cerne de toda a teoria dos constructos pessoais e está contida no postulado fundamental:

“Os processos pessoais são psicologicamente canalizados pelo seu modo de antecipação dos acontecimentos” (Kelly, 1963, p. 46). Onze colorários permitem-lhe formular a sua teoria, em que põe a tônica na antecipação, rejeitando o termo reação, e referindo-se claramente à “capacidade criativa que cada ser vivo tem de representar o seu meio...”(p. 8), e à interação do indivíduo com o seu meio. O ser humano está orientado para o futuro; interpreta e reinterpreta o seu meio; constrói e reconstrói os acontecimentos e a sua realidade e, ao antecipar as respostas às suas próprias ações, pode delinear as estratégias que considera mais apropriadas a cada situação.

Os construtos pessoais são bipolares, referindo Kelly que um dos polos só faz sentido pela existência do polo oposto como, por exemplo, referir o bom aluno só faz sentido por comparação com a existência de maus alunos. Um construto pode ser superordenado, caso inclua outros constructos como elementos, designados por subordinados; pode igualmente ser central, quando se encontra no cerne da identidade do indivíduo, ou periférico, em caso contrário. Por exemplo, para um grupo de caçadores foram identificados os seguintes construtos centrais: reserva de caça bem gerida; reserva de caça destruída e garantir a proliferação da caça; deixar morrer a caça. Como constructos periféricos: ter um bom cão; ter um cão pouco obediente e utilizar uma arma legalizada; não estar legalizado para utilizar uma arma.

Noutro exemplo de construtos centrais de um grupo ideal de amigos identificaram-se: solidariedade – competição; ter relações de igualdade – ter relações hierárquicas. Como constructos periféricos: ter sempre as mesmas opiniões – discordar das opiniões dos amigos; partilhar todas as atividades – não participar nas mesmas atividades de lazer (Myers, 2010).

Isso posto, nota-se que pessoas com elevada complexidade são mais capazes de prever o comportamento dos outros. Reconhecem mais prontamente as diferenças entre

elas e os outros. São mais empáticas, lidam melhor com informações incoerentes ao interpretar os outros e vivenciam maior complexidade durante a infância do que as pessoas com elevada simplicidade cognitiva (Schultz & Schultz, 2011).

### *3.2.3 Teoria Comportamental*

Seu representante é Skinner e sua teoria se baseia principalmente na ideia de que o aprendizado consiste em mudança no comportamento manifesto. Em outras palavras, as mudanças no comportamento são o resultado de uma resposta individual a eventos (estímulos) que ocorrem no meio. Uma resposta produz uma consequência, como definir uma palavra, bater em uma bola, solucionar um problema matemático. Quando um padrão particular Estímulo-Resposta (S-R) é reforçado (recompensado), o indivíduo é condicionado a reagir. A característica que distingue o condicionamento operante em relação às formas anteriores de behaviorismo (por exemplo: Thorndike) é que o organismo pode emitir respostas, em vez de só obter respostas devido a um estímulo externo (Myers, 2010).

Segundo Schultz & Schultz (2011) nesta teoria a personalidade é vista como um acúmulo de respostas devidamente aprendidas ou sistemas de hábitos, uma vez que os behavioristas a reduziram ao que se pode observar objetivamente, não havendo lugar para forças nem conscientes e nem inconscientes, diferente da teoria psicanalítica de Freud que explorava o inconsciente.

Skinner traz o conceito de resposta, relativa a eventos ambientais externos, que pode variar de resposta reflexa a um comportamento complexo. Da mesma maneira, o reforço, tanto positivo como negativo, presente principalmente no conceito de condicionamento operante, também é peça chave na ideia de mudança de comportamento, ou seja, o reforço positivo irá aumentar a probabilidade de um comportamento ocorrer

pela presença de uma recompensa, enquanto o reforço negativo irá aumentar esta probabilidade pela ausência de um estímulo aversivo. No que diz respeito ao reforço negativo, Skinner apresenta três principais tipos: **Reforço positivo**: o alimento é um reforço positivo para animais; para a maioria das pessoas, atenção, aprovação e dinheiro são reforços positivos. Reforços positivos dão alguma coisa negativa; **Reforço negativo**: quando uma pessoa sonolenta aperta o botão que desliga o despertador, o silêncio do barulho irritante é também um reforço, mas negativo. Reforços negativos reduzem alguma coisa negativa e **Punição**: o rato leva um choque depois de tocar no objeto proibido e a criança que perde a sobremesa depois de ir para a rua, aprenderão a não repetir o comportamento, devido ao castigo recebido (Myers, 2010; Schultz & Schultz, 2011).

Paradoxo da teoria cognitiva, aparece a teoria humanista, que potencializa o ser humano e acredita na sua mudança numa tendência atualizante assim chamado por Rogers, conforme apresentado abaixo.

### 3.2.4 Teoria Humanista

Esta teoria enfatiza as diferenças individuais, a personalidade global e o comportamento como uma função da maneira particular e única pela qual o indivíduoexpérience o seu mundo. O conceito estrutural chave da teoria rogeriana da personalidade é o conceito do *eu*; segundo Carl Rogers, o indivíduo percebe os objetos e experiências externos que parecem estar relacionados com ele enquanto objeto. O sistema total de percepções e significados constitui o campo fenomênico do indivíduo. Este autor concebe a personalidade como algo que tem como característica fundamental a mudança, sendo, portanto, um construto que evidencia continuidade, construção. Na sua abordagem terapêutica centraliza a pessoa, ou seja, sugere que o dom ou a capacidade de mudar ou

aperfeiçoar a personalidade é centrado no interior de cada indivíduo (Schultz & Schultz, 2011).

Os referidos autores aponta que Rogers propõe uma motivação única, inata e imprescindível na sua abordagem: a *tendência atualizante*, compreendendo o desejo de desenvolver a capacidade e potenciais das pessoas, tanto em aspectos biológicos como psicológicos. O objetivo essencial da tendência atualizante e, por consequência, da abordagem rogeriana, é atualizar o *self* para poder tornar-se uma pessoa em pleno funcionamento, a qual possuiria livre escolha. Este self seria um construto empregado para apreensão da personalidade em diversas teorias e pode ser considerado como um conjunto de processos psicológicos que dirige o comportamento individual (Rogers, 2009). Deste modo, nenhum aspecto da personalidade poderia ser predeterminado. Em suma, a teoria da personalidade apresentada por Rogers, embora menos influente que a sua psicoterapia, também recebeu amplo reconhecimento, particularmente por sua ênfase no autoconceito.

Embora destaca-se Rogers como referência da teoria humanista, porém Maslow, é considerado o fundador do deste movimento da psicologia e sua teoria da personalidade não tem origem em histórias de casos de pacientes clínicos, mas sim em pesquisas com adultos criativos, independentes, autossuficientes e realizados. Maslow, a partir do estudo com esse perfil de pessoas, passou a afirmar que cada uma delas nasce com as mesmas necessidades instintivas que as capacitam a crescer, a desenvolver e a realizar seus potenciais (Schultz & Schultz, 2011).

Sua teoria acerca das necessidades humanas supõe uma hierarquia com a seguinte ordem: necessidades fisiológicas, de segurança, de amor, de estima e de autorrealização. Desta forma, segundo este autor, os seres humanos nascem com cinco sistemas de necessidades; quando um conjunto de necessidades é satisfeita, um novo conjunto o

substitui (Engler, 1991; Hall, Lindzey & Campbell, 2000). De acordo com tal teoria, as pessoas que passam a ser autorrealizadas diferem das demais em termos de sua motivação básica. Maslow propôs um tipo diferente de motivação para essas pessoas autorrealizadoras, chamada de metamotivação (Schultz & Schultz, 2011).

Em suma, a visão deste autor sobre a personalidade é humanista e otimista, focalizando a saúde psicológica, o desenvolvimento, as virtudes e os potenciais das pessoas. Ele possuía um forte senso de confiança na habilidade do indivíduo de moldar a vida e a sociedade. Além disso, Maslow também acreditava na capacidade do ser humano de moldar o livre-arbítrio, mesmo diante de fatores biológicos e de constituição negativos.

Diferente das anteriores surge a Teoria dos traços de personalidade, sendo considerados construtos teóricos ou rótulos criados para explicar comportamentos. Uma pessoa pode apresentar ou não determinados traços, seja *amabilidade, neuroticismo, abertura a mudança, extroversão e conscienciosidade*.

### ***3.2.5 Teoria dos traços de personalidade***

Das abordagens ou perspectivas da personalidade citadas, destaca-se aqui a dos traços de personalidade. Quantos traços são necessários para representar a personalidade humana? Esta passou a ser a pergunta central na perspectiva das teorias dos traços de personalidade (Friedman & Schustack, 2004).

Como representante dessa teoria destaca-se Gordon Allport, o qual chegou a rever mais de 50 definições acerca da personalidade para chegar àquela que seria tida como sua: “A personalidade é a organização dinâmica dentro da pessoa dos sistemas psicofísicos que determinam o comportamento e os conceitos característicos”. Assim, Allport afirmava que cada pessoa é diferente da outra, considerando as singularidades de cada um, vendo a personalidade como discreta ou descontínua, onde não só cada pessoa

é diferente das outras, mas cada adulto está separado de seu passado. Neste ponto, este autor critica a visão de Sigmund Freud, que concentrava seus estudos no inconsciente, forças irracionais à custa do consciente e do racional (Schultz & Schultz, 2011).

Segundo Allport, a personalidade reflete a hereditariedade e o ambiente. A hereditariedade fornece a matéria prima da personalidade, que pode ser moldada, ampliada ou limitada pelas condições do ambiente. A teoria de Allport foi duramente criticada com base no argumento de que alguns conceitos, tal como o de autonomia funcional, são de difícil avaliação empírica. O foco de Allport na singularidade, estabilidade e consistência dos traços de personalidade em todas as situações e na descontinuidade entre as personalidades infantis e adultas, também foi alvo de críticas (Schultz & Schultz, 2011).

Para Alport, pode-se assumir que um traço é uma característica ou qualidade pessoal distinta, sendo algo que pode ser empregado para resumir como as pessoas são ou se comportam no seu dia-a-dia, fazendo referência a uma tendência determinante ou predisposição para agir de uma certa maneira. Allport afirma, assim, que eles poderiam ser considerados como predisposições a reagir de igual modo a diferentes tipos de estímulos, isto é, uma maneira contínua e permanente de responder ao ambiente, representando características de individualidade que determinam o comportamento, podendo ser demonstrados empiricamente (Schultz & Schultz, 2011). Neste sentido, comprehende-se o traço como aquilo que define as pessoas ou seus comportamentos no cotidiano (Vasconcelos, Gouveia, Pimentel, & Pessoa, 2008).

Ainda em relação aos traços, Allport (1973) postulava que estes ocupavam papel essencial na teoria da personalidade, elencados do seguinte modo: (1) são reais e existem em todo indivíduo; eles não são meramente rótulos criados para explicar comportamentos; (2) determinam ou provocam o comportamento; surgem em respostas a

certos estímulos interagindo com o ambiente para produzir comportamentos; (3) são inter-relacionados e podem se sobrepor, embora representem características diferentes; e, por último, (4) ocasionalmente variam de acordo com a situação, podendo demandar que a pessoa apresente um traço em uma determinada situação e outro em situação diferente (Shultz & Shultz, 2011).

Por fim, Allport subdivide os traços em três tipos principais: (1) *traços cardinais*, que são os mais difundidos e poderosos, penetrando e influenciando ações do indivíduo em quase todos os aspectos da vida; (2) *traços centrais*, sendo estes os que descrevem o comportamento de uma pessoa; e (3) *traços secundários*, que são menos aparentes e aparecem com muito menos frequência do que os cardinais ou centrais (Pervin & John, 2004; Schultz & Schultz, 2011).

Em relação a Raymond Cattell claramente, as ideias apresentadas por Gordon Allport (1973; Allport & Allport, 1921) deixaram rastros e passaram a inspirar outros pesquisadores, como no caso do referido autor, que definia os traços como tendências de reação relativamente permanentes, sendo as unidades estruturais básicas da personalidade. Dentre os seus enfoques de estudo na temática da personalidade, este autor também demonstrou grande interesse pelas influências relativas da hereditariedade e do ambiente na moldagem deste construto, estudando irmãos gêmeos e não-gêmeos, onde encontrou que a hereditariedade teria papel essencial em alguns traços, como inteligência e timidez, que foram atribuídos em 80% a fatores genéticos. Além disso, postulou que cerca de um terço dos traços de personalidade é constituído geneticamente (Araújo, 2013).

Cattell levou os estudos acerca da personalidade para um foco empírico com a finalidade de representar os traços de maneira condensada, em dimensões, de tal maneira que fossem capazes de medir objetivamente a personalidade. Para alcançar seus objetivos,

Cattell procurou proceder com seus estudos por meio de teorias fatoriais, as quais implicam análises estatísticas direcionadas para o estudo de variáveis múltiplas. Deste modo, suas análises estavam vinculadas ao método da análise fatorial, tendo sido este autor, então, um dos primeiros estudiosos a utilizar este método (Schultz & Schultz, 2011).

No que se refere a Eysenck, em 1947 percebeu que os traços de personalidade representavam as intercorrelações de comportamentos específicos e repetidos. Essas intercorrelações representavam um tipo de conceito tal como “Extroversão” (Blackburn, Renwick, Donnelly & Logan, 2004). Eysenck concordava com Cattell que a personalidade era composta de traços ou fatores. Entretanto, criticou o uso da análise fatorial devido a potencial subjetividade da técnica, bem como as pesquisas de Cattell devido à dificuldade de reprodução dos seus resultados. Embora Eysenck utilizasse a análise fatorial para revelar os traços de personalidade, ele utilizava adicionalmente testes de personalidade e estudos experimentais com o intuito de considerar outras variáveis (Friedman & Schustack, 2004; Schultz & Schultz, 2006).

Eysenck em sua pesquisa inicial verificou duas dimensões básicas de personalidade que chamou de “Introversão – Extroversão” e “Neuroticismo” (Pervin & John, 2004). A primeira corresponde aos fatores de “Expansivo – Reservado” e de “Assertivo – Humilde” propostos por Cattell (Friedman & Schustack, 2004). Já a dimensão “Neuroticismo” foi definida por traços individuais como tenso, mal-humorado e baixa auto-estima (Schultz & Schultz, 2006). Essa dimensão refere-se aos fatores “Estável –Sentimental” e “Apreensivo – Plácido” propostos por Cattell. Após ênfase inicial nas duas dimensões, Eysenck adicionou uma terceira dimensão, que chamou de “Psicoticismo”. Indivíduos com altas pontuações nessa dimensão apresentam tendência à psicopatologia, que envolve a impulsividade e a crueldade. O “Psicoticismo” corresponde

aos fatores de “Astuto – Franco” e de “Compassivo – Determinado” de Cattell (Pervin & John, 2004).

Segundo Eysenck, os fatores biológicos predispunham o indivíduo a se comportar de uma entre as três maneiras (“Introversão – Extroversão”, “Neuroticismo” e “Psicoticismo”), mas todas elas podiam ser subdivididas. Por exemplo, o indivíduo extrovertido poderia ser ainda mais categorizado em função do seu grau de vivacidade, sociabilidade e excitabilidade.

Como assinalam Schultz e Schultz (2006), a comprovação das três dimensões de personalidade propostas por Eysenck, em diversas culturas, são evidências adicionais da primazia de fatores biológicos na formação da personalidade.

Muitos modelos inovadores acerca das dimensões da personalidade vêm sendo propostos, enfatizando diferentes quantidades de fatores, como, por exemplo, o PEN (psicoticismo, extroversão, neuroticismo), elaborado por Eysenck (1991), ressaltando a existência de três dimensões; e o modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade (OCEAN; abertura, conscienciosidade, extroversão, sociabilidade e neuroticismo), proposto por Costa e McCrae (1992), baseando-se na análise fatorial de questionários.

Assim, pensando-se em traços de segunda ordem que representassem estruturas fatoriais da personalidade, estudos mais recentes passaram a dar ênfase a um modelo com cinco fatores, conhecido como *Big Five* ou modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade, sendo este o foco da presente dissertação, o qual será descrito abaixo.

### *3.2.5.1 O modelo dos cinco grandes fatores - CGF*

De acordo com Pervin e Jonh (2004), a personalidade representa as propriedades estruturais e dinâmicas de um indivíduo ou indivíduos, tais como se refletem em respostas características a determinadas situações. Para entender melhor esse construto é necessário conhecer a partir da perspectiva dos Traços de personalidade. Este modelo vem ganhando

destaque na literatura sobre a estrutura da personalidade, mostrando-se adequado ao apresentar um poder de síntese satisfatório, contando com alguns estudos a respeito no Brasil (Hutz, Nunes, Silveira, Serra, Anton & Wieczorek, 1998; Vasconcelos & Tróccoli, 2005; Andrade, 2008; Vasconcelos, et al, 2008). Desta forma, parece bastante consistente a ideia de que existem dimensões básicas subjacentes à personalidade humana.

Originalmente, os cinco fatores de personalidade são representados pelas iniciais OCEAN (Openness to experience, Conscientiousness, Extraversion, Agreeableness e Neuroticism), embora traduções um pouco diferentes sejam verificadas na literatura; no presente estudo a seguinte classificação é adotada (Binet-Martínez & John, 1998):

1- Abertura à mudança (*Openness to experience*). Esta também é denominada como cultura, imaginação ou intelecto. Pontuações altas neste fator são obtidas por indivíduos curiosos, imaginativos e criativos, que se divertem com novas ideias e valores não convencionais. Por outro lado, pontuações baixas são indícios de indivíduos que tendem a ser convencionais em suas crenças e atitudes, conservadores em suas preferências e menos responsivos emocionalmente.

2- Conscienciosidade (*Conscientiousness*). Comumente, esta dimensão também tem sido nomeada como falta de impulsividade ou vontade. Pontuação alta nela indica comportamentos que evidenciam o sentido de organização, persistência, controle e motivação para alcançar objetivos altruísticos. Por outro lado, aquelas baixas revelam pessoas que tendem a não ter objetivos claros, não serem confiáveis e serem preguiçosas, negligentes e hedonistas.

3- Extroversão (*Extraversion*). Esta dimensão também é denominada de expansão, onde pontuações altas indicam pessoas sociáveis, ativas, falantes, otimistas e afetuosa-

Contrariamente, pontuações baixas revelam pessoas que tendem a ser reservadas, sóbrias, indiferentes, independentes e quietas.

4- Amabilidade (*Agreeableness*). Frequentemente nomeada como agradabilidade ou sociabilidade, esta dimensão descrevendo, por um lado, pessoas que tendem a ser generosas, bondosas, afáveis, prestativas e altruísticas, e, por outro, aquelas que são cínicas, não cooperativas e irritáveis, podendo chegar a ser manipuladoras, vingativas e implacáveis.

5- Neuroticismo (*Neuroticism*). Esta dimensão é também conhecida como instabilidade emocional. Indivíduos com pontuações altas neste fator são propensos a sofrimentos psicológicos, podendo apresentar ideias irreais, baixa tolerância à frustração e respostas de coping (enfrentamento) não adaptativas, enquanto que aqueles mais equilibrados emocionalmente apresentam pontuações baixas em tal fator.

Presumivelmente, os traços de personalidade, por serem características próprias dos indivíduos e, em alguma medida, refletirem aspectos sociais e biológicos, poderão estar imbrincados com as atitudes frente ao doente mental.

O modelo dos Cinco Grandes Fatores da personalidade, também conhecido como Big Five, é considerado uma teoria explicativa e preditiva da personalidade humana e de suas relações com a conduta (Garcia, 2006). Descreve a estrutura da personalidade dentro da teoria dos traços, sobretudo da personalidade adulta do ponto de vista psicométrico. Estudos mostram que os traços de personalidade pode se relacionar com diversos construtos a exemplo do absenteísmo no ambiente de trabalho (Furnham & Bramwell, 2006), auto-estima (Ito, Gobbi & Guzzo, 2007), bem-estar subjetivo (DeNeve & Cooper, 1998, Gutiérrez, Jiménez, Hernández & Puente, 2005; Hayes & Joseph, 2008; Schimmack, Schupp & Wagner, 2008); atitudes e valores (Andrade, 2008; Araújo, 2012).

Em relação a saúde mental indivíduos experimentando sintomas psicopatológicos podem experimentar negativamente sua saúde mental, mas também pode experimentar altos níveis de bem-estar. Isto é, pessoas com deficiências psiquiátricas crônicas podem se recuperar mostrando que nem todos sintomas psicopatológicos têm que desaparecer para levar uma vida significativa e agradável (Davidson, Drake, Schmutte, Dinzeo, & Andres-Hyman, 2009).

Nos estudos de Lamers, Westerhof, Kovács & Bohlmeijer (2012) enfatizam que a personalidade e a saúde mental podem envolver ambas componentes biológico. A exemplo da teoria da sensibilidade reforço de Gray distingue o sistema de inibição comportamental (BIS) e o Sistema *Behavioral Approach* (BAS), composto de várias áreas do cérebro e circuitos que estão ligados à personalidade como também ao bem -estar. O BIS é associado com inibição comportamental e prevenção em face do perigo e conflito, com uma ligação primária à ansiedade emocional. Os BAS regula o comportamento numa perspectiva positiva e o comportamento motivador visa atingir metas e obter recompensas emocionais positivas. Na personalidade por meio dos traços de neuroticismo e extroversão emoções negativas e positivas refletem diferenças de estado. As pessoas que apresentam neuroticismo são mais sensíveis ao efeito negativo, geralmente experiência eventos de vida mais negativos, que são interpretadas em mais termos negativos, e os seus sentimentos negativos tendem a se espalhar a partir de uma área da vida para outra. Pessoas extrovertidas geralmente experimentam eventos de vida mais positivas, experimentar níveis mais elevados de emoções positivas em situações sociais e se envolver mais em situações sociais que ajudam a aumentar o seu nível de emoções positivas. Em suma, neuroticismo e extroversão parecem influenciar os componentes afetivos da doença mental e saúde mental através de ambos os mecanismos biológicos e comportamentais.

## **PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS**

**5. ESTUDO 1: ESCALA DE ATITUDES FRENTE AO DOENTE MENTAL  
(EADM): CONSTRUÇÃO, VALIDAÇÃO E PARÂMETROS PSICOMÉTRICOS**

---

## 5.1 Método

### 5.1.1 Delineamento

Tratou-se da construção de um estudo *ex post facto*. Basicamente, a ênfase foi psicométrica, procurando elaborar uma Escala de Atitudes frente ao Doente Mental, além de reunir evidências sobre a sua validade e precisão.

### 5.1.2 Participantes

Para este estudo, contou-se com uma amostra de conveniência (não - probabilística, intencional) de 200 estudantes universitários (40%, medicina; 39%, psicologia e 21% enfermagem) de instituições públicas (60%) ou particulares (40%) do município de João Pessoa - PB. A idade variou de 17 a 49 anos ( $M = 23,67$ ;  $DP = 5,04$ ) e 53,5% era do sexo feminino e 46,5%, masculino.

A maioria dos participantes eram solteiros (85%), moravam com os pais (58,5%), pertenciam a classe média (81%), e apresentavam renda familiar média de R\$ 5.768,69. Em relação à religião, 59,5% afirmaram serem católicos, e no que concerne ao nível de religiosidade 30,5% consideram-se muito religiosos. 57,5% dos universitários relataram não terem interesse em trabalhar em instituição de saúde mental, 56% não tem proximidade com alguém que tenha doença mental, e por fim, 81,8% não fazem uso de medicação cujo tratamento seja contínuo.

### 5.1.3 Instrumentos

Os participantes responderam a um questionário com duas partes:

A *Escala de Atitudes frente ao Doente Mental* (EADM). É composta por 40 itens (Apêndice A), os quais foram elaborados pelo mestrandos tomando por base os estudos de

Cohen e Struening (1962) com sua escala de opinião (OMI), Baker e Schulberg (1967) com a CMHI, Taylor e Dear (1981) por meio da CAMI III, e em contexto brasileiro os estudos de Pasquali, Nogueira, Martins e Martins (1987). Consiste numa escala do tipo *Likert* de cinco pontos, desde *concordo totalmente a discordo totalmente*. Trazendo questões desde cuidados humanitários ou coercitivos frente ao doente mental.

*Dados sociodemográficos.* Todos os participantes responderam ainda um conjunto de perguntas de natureza sociodemográfica (por exemplo, sexo, idade, renda). O leitor pode consultar esta lista de perguntas (Apêndice B).

#### *5.1.4 Procedimento e critérios éticos*

Conforme dito anteriormente, a Escala de Atitudes Frente ao Doente Mental (EADM) foi elaborada pelo mestrando a partir dos referenciais teóricos encontrados na literatura. Com o objetivo de verificar a adequação da vinculação dos itens propostos na escala aos seus respectivos fatores, assim como a estrutura semântica dos itens, a facilidade de compreensão e clareza das instruções que seriam fornecidas aos sujeitos quando da aplicação da escala, a mesma foi analisada previamente por um grupo de 10 juízes, profissionais de psicologia, enfermagem, serviço social e psiquiatria, convidados por dominarem os conteúdos envolvidos nesses fatores e por apresentarem experiência pessoal e profissional em questões referentes ao assunto investigado. Com base nas sugestões desse grupo, foi possível aperfeiçoar a redação de muitos itens, de modo a melhorar a adequação do instrumento.

Essa versão preliminar do instrumento, composta de 40 itens, foi aplicada à 08 estudantes de psicologia, com características pessoais especiais de liderança e de desempenho acadêmico. Eram integrantes do Grupo de Pesquisa Bases Normativas do comportamento Social (BNCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), os quais se

dispuseram a colaborar. O instrumento mostrou-se adequado para a sua subsequente aplicação na população-alvo.

Para a realização da coleta de dados, foi contatado o coordenador pedagógico da universidade particular, escolhida por conveniência, com a finalidade de obter a permissão para aplicação dos questionários, assim como na Universidade Federal da Paraíba. Após o consentimento da direção, a aplicação foi efetuada por três estagiários do curso de Psicologia de uma instituição pública. Previamente, realizou-se um treinamento com os estagiários, que foram instruídos a seguirem o procedimento padrão para coleta de dados através de questionários auto – aplicáveis. Os mesmos foram orientados a se limitarem às instruções da escala, esclarecendo os respondentes quanto à forma, mas não ao conteúdo da medida.

Os instrumentos foram aplicados de forma coletiva em sala de aula, bastando aos participantes seguirem as orientações dadas por escrito no próprio questionário. Num primeiro momento, foram passados, oralmente, para os participantes os esclarecimentos sobre o anonimato e sigilo da participação, bem como o respeito às diretrizes éticas que regem a pesquisa com seres humanos. Nesta oportunidade, procurou-se que sua participação fosse confirmada, devendo, assim, assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), cujo modelo consta no Apêndice C. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPB, tendo como protocolo de aprovação na certidão nº 075/13, CAAE: 03247513.2.0000.5188 (Anexo A). Os participantes levaram, em média, cerca de 10 minutos para responderem ao questionário.

### 5.1.5 Análise dos Dados

O pacote estatístico *PASW (Predictive Analytics Software)*, em sua versão 21, foi utilizado para tabular e realizar as análises dos dados. Utilizaram-se estatísticas descritivas (medidas de tendência central e dispersão, distribuição de frequência), principalmente para caracterizar os participantes do estudo. Foi empregado, para verificar o poder discriminativo dos itens, testes *t* de *Student*. Em seguida, foi realizada a análise fatorial com o método dos Componentes Principais (PCA) e o índice de consistência interna (precisão), permitindo verificar a coerência que cada item tem com os demais itens do instrumento (Pasquali, 2003).

## 5.2 Resultados

Os resultados são apresentados em subseções, organizadas segundo as análises empregadas para tratamento dos dados. Neste sentido, primeiramente é apresentado o subtópico que trata do poder discriminativo dos itens e, logo em seguida, é descrito a análise fatorial pelo método dos componentes principais (PCA) e a discussão parcial.

### 5.2.1. Poder discriminativo dos itens

Aqui, partiu-se do critério de mediana. Portanto, foram criados grupos-critérios internos, superior e inferior, considerando as pontuações totais (somatório da pontuação de todos os itens da escala) abaixo e acima da mediana teórica (0 pontuação), respectivamente. Definidos os grupos, efetuaram-se testes *t* de *Student* para amostras independentes. Observaram-se os resultados apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Poder Discriminativo dos Itens da EADM

Itens	Grupo-Critério				Contraste		
	Inferior		Superior		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Item 01	4,59	0,66	4,75	0,56	-1,76	193	0,080
Item 02	3,10	0,93	3,47	1,05	-2,59	194	0,010*
Item 03	3,68	0,98	4,28	0,76	-4,80	189	0,001*
Item 04	3,92	0,78	4,43	0,59	-5,23	186	0,001*
Item 05	4,68	0,63	4,79	0,68	-1,12	195	0,264
Item 06	3,68	0,98	4,23	0,84	-4,22	194	0,001*
Item 07	3,05	0,93	2,80	0,88	-1,96	197	0,051*
Item 08	4,46	0,95	4,80	0,91	-3,42	138	0,001*
Item 09	3,78	0,89	4,17	0,74	-3,35	193	0,001*
Item 10	3,64	0,92	4,27	0,66	-5,51	182	0,001*
Item 11	3,17	0,88	4,00	0,75	-7,04	194	0,001*
Item 12	4,34	0,95	4,77	0,51	-3,97	197	0,001*
Item 13	2,77	1,22	2,81	1,28	-0,20	197	0,840
Item 14	3,43	0,81	3,93	0,74	-4,55	197	0,001*
Item 15	3,97	1,00	4,78	0,43	-7,44	136	0,001*
Item 16	4,32	0,89	4,84	0,58	-4,79	130	0,001*
Item 17	3,30	1,00	3,77	0,39	-2,81	197	0,005*
Item 18	2,36	0,87	1,62	0,69	-6,59	189	0,001*
Item 19	3,20	1,02	3,87	0,93	-4,82	197	0,001*
Item 20	3,91	0,91	3,85	0,70	0,54	287	0,590
Item 21	2,21	0,85	3,88	0,74	-5,93	187	0,001*
Item 22	3,65	0,93	4,49	0,62	-2,23	175	0,001*
Item 23	4,01	0,95	4,54	0,77	-7,47	191	0,001*
Item 24	4,07	1,12	4,85	0,35	-6,56	119	0,001*
Item 25	3,15	0,94	2,75	0,91	-3,15	197	0,001*
Item 26	2,31	1,02	4,84	0,94	-1,96	103	0,056
Item 27	4,48	0,72	4,85	0,36	-4,57	146	0,001*
Item 28	3,52	0,85	4,25	0,64	-6,78	185	0,001*
Item 29	3,64	0,79	4,18	0,88	-4,52	194	0,001*
Item 30	3,32	0,89	4,03	0,73	-6,06	192	0,001*
Item 31	3,32	0,92	3,39	1,04	-0,55	194	0,582
Item 32	3,11	1,03	3,76	0,92	-4,66	196	0,001*
Item 33	3,38	0,87	4,46	0,82	-7,29	197	0,001*
Item 34	3,70	1,04	4,26	1,86	-4,13	192	0,001*
Item 35	3,47	1,76	4,35	1,76	-6,82	183	0,001*
Item 36	2,70	0,85	3,35	0,88	-5,28	197	0,001*
Item 37	2,28	0,88	2,61	0,90	-2,60	197	0,010*
Item 38	3,18	1,00	3,97	0,88	-5,90	195	0,001*
Item 39	3,94	0,98	4,70	0,57	-6,58	162	0,001*
Item 40	3,49	0,90	4,22	0,75	-6,28	192	0,001*

Nota: \* Itens que apresentaram poder discriminativo ( $p < 0,001$ ).

Como é possível observar na Tabela 3, os resultados dos testes *t-Student* demonstram que a maioria dos itens apresentaram poder discriminativo satisfatório ( $p < 0,001$ ), a exceção dos itens 01, 05, 13, 20, 26 e 31, que foram devidamente excluídos.

Portanto, lograram assim diferenciar os participantes dos dois grupos critérios (inferior e superior) na direção esperada. Este aspecto assegura a qualidade métrica dos itens deste instrumento, podendo, assim, diferenciar pessoas com pontuações próximas. Cumprida esta etapa das análises preliminares, partiu-se para a verificação da estrutura fatorial da referida escala.

### 5.2.2. Análise de Componentes Principais

Procurou-se, inicialmente, comprovar a fatorabilidade da matriz de correlações entre os itens da escala, empregando-se o índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o Teste de Esfericidade de Bartlett. O primeiro trabalha com as correlações parciais das variáveis, devendo ser aceitos valores do KMO iguais ou superiores a 0,60 (Tabachnick & Fidell, 2006). O segundo, por outro lado, comprova a hipótese de que a matriz de covariâncias é uma matriz identidade, isto é, apresenta 1 (uns) na diagonal e 0 (zeros) no restante da matriz. Valores significativos indicam que esta hipótese é rejeitada, favorecendo realização de uma análise fatorial.

Os resultados apoiaram a adequação de se utilizar uma análise fatorial exploratória, tendo sido observados os seguintes valores: KMO = 0,78 e Teste de Esfericidade de Bartlett,  $\chi^2$  (561) = 2.244,900;  $p < 0,001$ . Neste sentido, optou-se por realizar uma análise *Componentes Principais* (PC), sem fixar tipo de rotação ou número de fatores a extrair. Dessa forma, permitiu identificar dez fatores com *valor próprio* superior a 1 (*Critério de Kaiser*), explicando 62,58% da variância total. Os valores próprios encontrados foram: 6,82; 2,72; 2,11; 1,88; 1,48; 1,43; 1,37; 1,22; 1,14; 1,04. Contudo, considerando o *Critério de Cattell*, pode-se admitir uma solução mais parcimoniosa de quatro componentes, conforme a distribuição gráfica (*scree plot*) na *Figura 4*.

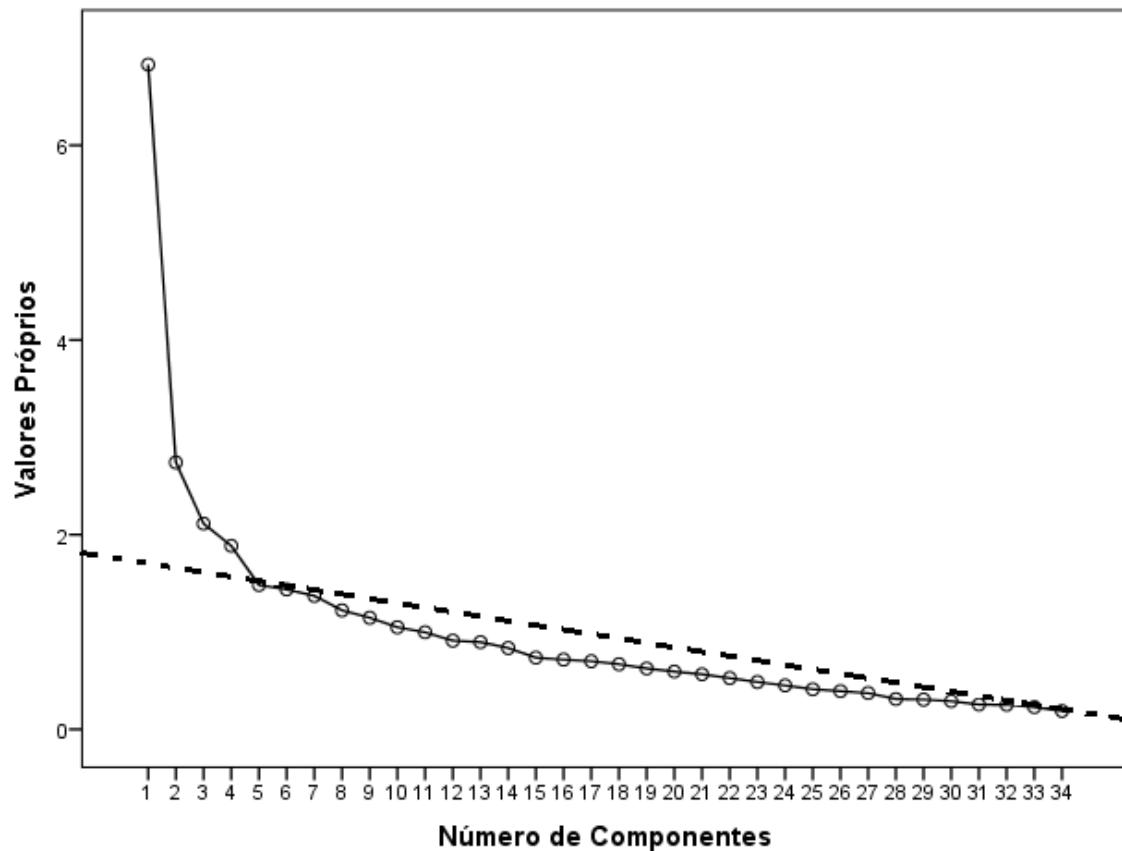


Figura 4. Representação Gráfica dos Valores Próprios da EADM.

Verifica-se, com base na *Figura 4*, que quatro fatores se apresentam destacadamente discrepantes dos demais, como fica evidenciado pela forma de cotovelo que se configura a partir do quinto fator. Portanto, ao traçar uma linha (pontilhada), pode-se observar que os demais valores próprios quase não se diferenciam uns dos outros, levando, assim, a confirmar uma estrutura com quatro fatores.

Desta forma, uma vez que o critério de Cattell aponta a existência de quatro fatores, optou-se por fixar os itens que saturaram de maneira satisfatória, isto é, com cargas superiores a  $|0,40|$ , tendo como mínima 0,40 (item 27. *O afeto familiar é importante para a recuperação do doente mental*) e máxima 0,78 (item 16. *É importante o cuidado dos familiares na recuperação do doente mental*.).

No fator 1, tem-se saturação mínima de 0,40 (item 27. *O afeto familiar é importante para a recuperação do doente mental*) e máxima de 0,78 (item 16. *É importante o cuidado dos familiares na recuperação do doente mental*) e alfa de *Cronbach* = 0,82. O fator 2, apresenta saturação mínima de 0,40 (item 11. *Não conseguiria morar com um doente mental*) e máxima de 0,61 (item 21. *O doente mental é um indivíduo agressivo*), e alfa de *Cronbach* = 0,60. O fator 3 apresenta saturação mínima de 0,41 (item 14. *Consigo manter um diálogo com um doente mental*) e máxima 0,64 (item 10. *Compreendo as necessidades de uma pessoa com doença mental*), com e alfa de *Cronbach* = 0,58. Por fim, o fator 4, com mínima de 0,45 (item 07. *As famílias dos doentes mentais são ausentes*.) e máxima de 0,69 (item 29. *Não teria problemas em ter um(a) amigo(a) doente mental*) e alfa de *Cronbach* = 0,62. Tais itens refletem atitudes frente ao doente mental. O índice de consistência interna (precisão) de todo instrumento foi satisfatório (alfa de *Cronbach* = 0,83), o que não se pode dizer de todos os índices por fator. Deve-se destacar ainda que os itens 33, 18, 30, 17, 39, 8 e 22 saturando em mais de um fator, foram excluídos, e os itens 3, 19 e 17 que não saturaram em nenhum fator, foram excluídos da mesma. Estes resultados podem ser verificados na Tabela 4.

Tabela 4. Estrutura fatorial da EADM com quatro fatores

Itens	Fatores			
	I	II	III	IV
16. É importante o cuidado dos familiares na recuperação do Doente Mental (DM).	<b>0,78</b>	0,03	-0,00	0,10
12. É necessária uma equipe multidisciplinar para tratar do DM.	<b>0,74</b>	-0,18	0,09	0,03
24. Mudaria de bairro se tivesse um vizinho DM.	<b>0,73</b>	0,17	0,25	-0,08
15. Deve-se manter o DM trancado em hospitais psiquiátricos.	<b>0,65</b>	0,25	0,06	0,26
34. Só a medicação não é uma garantia de eficácia no tratamento do DM.	<b>0,60</b>	0,01	-0,10	0,16
23. É vergonhoso discriminar um DM.	<b>0,57</b>	0,05	-0,05	0,37
35. Só com remédios os DM podem ter um tratamento adequado.	<b>0,54</b>	0,10	0,35	-0,10
27. O afeto familiar é importante para a recuperação do DM.	<b>0,41</b>	0,10	0,17	0,05
33. O DM é uma pessoa perigosa.	<b>0,44</b>	<b>0,63</b>	-0,06	0,01
21. O DM é um indivíduo agressivo.	0,18	<b>0,61</b>	-0,10	0,09
18. O DM é um perigo para a sociedade.	<b>0,52</b>	<b>0,55</b>	-0,08	0,02
30. O DM é incapaz de cumprir ordens e/ou regras.	<b>0,40</b>	<b>0,55</b>	-0,06	0,00
25. Não confio os cuidados de uma criança a um DM.	-0,19	<b>0,52</b>	0,14	0,09
36. O DM é uma pessoa dependente.	-0,15	<b>0,50</b>	0,35	-0,15
28. Não teria problemas em ter um(a) amigo(a) DM.	0,04	<b>0,49</b>	0,25	0,18
37. Tratar de um DM é uma tarefa difícil para o profissional.	-0,06	<b>0,46</b>	0,01	0,02
11. Não conseguiria morar com um DM.	0,24	<b>0,40</b>	0,33	0,17
03. A DM impede o indivíduo de viver socialmente.	0,12	0,37	0,20	0,24
19. A loucura é uma característica do DM.	0,09	0,36	0,28	0,08
10. Compreendo as necessidades de uma pessoa com DM.	0,12	-0,07	<b>0,64</b>	0,24
08. Os DM merecem nosso respeito.	<b>0,43</b>	-0,07	<b>0,50</b>	-0,25
06. As pessoas deveriam incentivar o DM a assumir responsabilidades cotidianas.	-0,01	0,00	<b>0,49</b>	0,11
04. O DM não consegue interagir socialmente.	0,17	0,24	<b>0,48</b>	0,07
38. Uma pessoa que toma psicotrópico (medicação controlada) não é diferente das outras.	0,00	0,25	<b>0,46</b>	-0,04
09. As pessoas deveriam incentivar o DM a assumir responsabilidades cotidianas.	0,01	0,04	<b>0,46</b>	0,19
14. Consigo manter um diálogo com um DM.	0,14	-0,07	<b>0,41</b>	0,38
17. A internação é o último recurso no tratamento do DM.	0,00	0,10	0,17	0,02
29. Não teria problemas em ter um(a) amigo(a) DM.	0,23	0,09	0,14	<b>0,69</b>
40. Conviveria sem problemas com um DM.	-0,06	0,30	0,19	<b>0,58</b>
32. Seria voluntário para ajudar no tratamento do DM.	0,22	-0,05	0,11	<b>0,56</b>
02. Não me envolveria emocionalmente com um DM.	-0,04	0,13	0,09	<b>0,46</b>
07. As famílias dos DM são ausentes no tratamento.	-0,30	-0,14	-0,30	<b>0,45</b>
22. É melhor evitar uma pessoa com DM.	0,34	<b>0,41</b>	0,18	<b>0,43</b>
39. Os DM não devem ser excluídos pela sociedade.	0,19	0,21	0,14	0,28
Número de itens	08	06	06	05
Valor Próprio	6,82	2,74	2,11	1,88
Variância explicada	20,8	8,06	6,21	5,54
Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )	0,82	0,60	0,58	0,62

**Nota:** 1 – Fator I, 2 – Fator II, 3 – Fator III e 4 – Fator IV. Saturação considerada para definir o item como pertencente ao fator respectivo, |0,40|. DM = Doente Mental.

Com estes dados é possível afirmar que essa estrutura ainda não se apresenta apropriada. Portanto, optou-se por testar um modelo alternativo com dois fatores na busca por padrões de confiabilidade mais apropriados. Desta forma, realizou-se, uma nova análise factorial com método PC, fixando-se em dois fatores, com rotação *varimax*. Os resultados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5. Estrutura factorial da EADM com dois fatores

Itens	Fatores	
	1	2
16. É importante o cuidado dos familiares na recuperação do doente mental.	<b>-0,78</b>	-0,01
24. Mudaria de bairro se tivesse um vizinho doente mental.	<b>0,76</b>	0,14
12. É necessária uma equipe multidisciplinar para tratar do doente mental.	<b>-0,74</b>	-0,14
15. Deve-se manter o doente mental trancado em hospitais psiquiátricos.	<b>0,67</b>	0,27
34. Só a medicação não é uma garantia de eficácia no tratamento do doente mental.	<b>-0,59</b>	-0,02
23. É vergonhoso discriminar um doente mental.	<b>-0,58</b>	0,12
35. Só com remédios os doentes mentais podem ter um tratamento adequado.	<b>0,58</b>	0,14
18. O doente mental é um perigo para a sociedade.	<b>0,54</b>	<b>0,38</b>
08. Os doentes mentais merecem nosso respeito.	<b>-0,47</b>	0,02
33. O doente mental é uma pessoa perigosa.	<b>0,46</b>	<b>0,39</b>
27. O afeto familiar é importante para a recuperação do doente mental.	<b>-0,43</b>	0,14
30. O doente mental é incapaz de cumprir ordens e/ou regras.	<b>0,41</b>	<b>0,34</b>
07. As famílias dos doentes mentais são ausentes no tratamento.	<b>0,32</b>	-0,01
32. Seria voluntário para ajudar no tratamento do doente mental.	0,25	0,25
40. Conviveria sem problemas com um doente mental.	-0,01	<b>0,59</b>
28. O doente mental é capaz de desenvolver suas tarefas no dia-dia.	0,09	<b>0,56</b>
22. É melhor evitar uma pessoa com doença mental.	<b>0,38</b>	<b>0,55</b>
25. Não confio os cuidados de uma criança a um doente mental.	-0,15	<b>0,52</b>
11. Não conseguiria morar com um doente mental.	<b>0,30</b>	<b>0,52</b>
36. O doente mental é uma pessoa dependente.	-0,10	<b>0,49</b>
03. A doença mental impede o indivíduo de viver socialmente.	0,17	<b>0,47</b>
19. A loucura é uma característica do doente mental.	0,14	<b>0,43</b>
04. O doente mental não consegue interagir socialmente.	0,23	<b>0,43</b>
29. Não teria problemas em ter um(a) amigo(a) doente mental.	0,27	<b>0,42</b>
21. O doente mental é um indivíduo agressivo.	0,20	<b>0,42</b>
38. Uma pessoa que toma psicotrópico (medicação controlada) não é diferente das outras.	0,06	<b>0,39</b>
37. Tratar de um doente mental é uma tarefa difícil para o profissional.	0,04	<b>0,37</b>
02. Não me envolveria emocionalmente com um doente mental.	-0,00	<b>0,36</b>
10. Compreendo as necessidades de uma pessoa com doença mental.	0,19	<b>0,35</b>
09. As pessoas deveriam incentivar o doente mental a assumir responsabilidades cotidianas.	0,07	<b>0,34</b>
39. Os doentes mentais não devem ser excluídos pela sociedade.	0,22	<b>0,34</b>
14. Consigo manter um diálogo com um doente mental.	0,20	<b>0,30</b>
06. Ajudo os familiares do doente mental a comprehendê-lo.	0,04	0,29
17. A internação é o último recurso no tratamento do doente mental.	0,03	0,17
Número de itens	10	16
Valor Próprio	6,82	2,74
Variância explicada	15,8	12,9
Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )	0,81	0,75

**Nota:** 1 – Fator I (Autoritarismo), 2 – Fator II (Benevolência). Saturação considerada para definir o item como pertencente ao fator respectivo, |0,30|.

De acordo com a Tabela 5, o conjunto de 26 itens divididos em dois fatores foi responsável por explicar 28,9% da variância total. Pode-se perceber que alguns dos itens não saturaram em nenhum fator (itens 32, 06 e 17) e, portanto, foram excluídos. Semelhantemente, os itens que saturaram em dois fatores (itens 18, 33, 30, 22 e 11) também foram eliminados. Contudo, esta estrutura apresenta-se mais parcimoniosa e os itens demonstram-se semanticamente distintos nos dois fatores. A seguir, detalha-se a interpretação de cada um dos fatores e de seus indicadores de consistência interna.

*Autoritarismo* (Fator I). Composto por dez itens, com valor próprio (*eigenvalue*) igual à 6,82, foi responsável pela explicação de 15,8% da variância total. Os itens que fazem parte deste componente, apresentaram saturações dentro do critério previamente estabelecido, variando de 0,32 (item 07. *As famílias dos doentes mentais são ausentes no tratamento*) a - 0,78 (item 16. *É importante o cuidado dos familiares na recuperação do doente mental*). Ao analisar os itens deste componente percebe-se que, em sua maioria, fazem referência a aspectos restritivos do processo de reabilitação do doente mental, ou seja, apresentam condutas voltadas a perspectiva do modelo de saúde biomédico. O valor do alfa de *Cronbach* obtido para o fator foi de 0,81.

*Benevolência* (Fator II). Composto por 17 itens, apresentou valor próprio (*eigenvalue*) igual a 2,74, foi responsável por 12,9% da variância total explicada. As saturações dos itens pertencentes a este fator variaram de 0,30 (item 14. *Consigo manter um diálogo com um doente mental*) a 0,59 (item 40. *Conviveria sem problemas com um doente mental*). Deste modo, analisando o conteúdo dos itens, verificou-se que, de modo geral, referem-se à atitudes positivas em relação ao doente mental, considerando suas potencialidades, mesmo frente as suas fragilidades e limitações, o que não impediria deste viver socialmente, característica do modelo de saúde biopsicossocial. Seu índice de consistência interna (alfa de *Cronbach*) foi de 0,75.

### 5.3 Discussão Parcial

Há poucos estudos de mensuração de atitudes frente ao doente mental, considerando que em contexto brasileiro ressaltam-se os estudos de Pasquali, et al (1987). Dessa forma, portanto, realizou-se o presente estudo, cujo objetivo principal foi elaborar uma medida para avaliar tais atitudes. Frente aos resultados ora reportados, pensa-se que o mesmo tenha sido cumprido.

Este estudo, como todo empreendimento científico, não está isento de potenciais limitações. Por exemplo, a medida aqui avaliada teve como base respostas de estudantes universitários, ou seja, uma amostra muito específica e constituída de maneira não-aleatória (conveniência). Portanto, devido à peculiaridade dessa amostra, pondera-se que os resultados previamente descritos não podem ser extrapolados para outros grupos, nem mesmo para o universo dessa população, ou para todos os estudantes da instituição a que estão vinculados. Contudo, é prudente lembrar que não se pretendeu generalizar os resultados, mas sim conhecer se a escala aqui proposta apresentava evidências de validade factorial e precisão. Estes aspectos foram previamente demonstrados.

A análise factorial (PC) permitiu averiguar que a EADM é uma medida claramente bidimensional, avaliando atitudes gerais em relação ao doente mental. No presente estudo, a estrutura factorial encontrada está dentro do que seria recomendado na literatura (Pasquali, 2003). Esta escala explicou mais de 2/3 da variância total das respostas aos itens, apresentando índice de consistência interna acima do ponto de corte que tem sido preconizado na literatura (0,70; Nunnally, 1991; Pasquali, 2003). Neste sentido, justifica-se seu emprego em pesquisas futuras.

Os parâmetros psicométricos da EADM são semelhantes aos apresentados na *Opinions about Mental Illness* (OMI) por Cohen e Struening (1962), a escala *Community attitudes towards the mentally III* (CAMI) (Taylor & Dear, 1981), também nos estudos

de Osinaga e Furegato (1999) por meio da Escala de Medida de Opinião (EMO), e em relação a atitudes em estudos de Pasquali, et al (1987) existe a Escala de Atitudes frente ao Doente Mental - EADM.

A despeito de possibilidades futuras, é importante que esta pesquisa seja replicada em outros contextos. Seria igualmente satisfatório que se considerassem amostras maiores e mais heterogêneas, incluindo pessoas de diferentes níveis de escolaridade e classes sociais. Poderia ser relevante, por exemplo, contar com a participação de um número significativo de pessoas, em outro caso comparar grupos de universitários que fazem cursos em áreas distintas, como por exemplo saúde e educação. Com isso, se poderia tomar essa classificação como “padrão-ouro” e, em razão das pontuações dos participantes na escala, avaliar sua sensibilidade e especificidade. Inclusive, seria útil checar a invariância fatorial desta medida em diferentes grupos (por exemplo, homens e mulheres, usuários e não - usuários de serviços de saúde mental, religiosos e não - religiosos).

Finalmente, ainda em termos dos estudos futuros, seria importante reunir evidências de validade preditiva da EADM, corroborando o que preconiza a literatura (Ajzen, 1991, 2001; Ajzen & Fishbein, 2005), ou seja, que as atitudes são bons preditores da intenção ou do comportamento propriamente dito.

**6. ESTUDO 2: ANÁLISE CONFIRMATÓRIA DA ESCALA DE ATITUDES  
FRENTE AO DOENTE MENTAL (EADM)**

---

## 6.1 Método

### 6.1.1 *Delineamento*

Assim como o *Estudo 1*, tratou-se de um estudo *ex post facto*. O mesmo teve como objetivo testar (comprovar) a estrutura fatorial da Escala de Atitudes Frente ao Doente Mental (EADM).

### 6.1.2 *Participantes*

Participaram deste estudo 203 universitários (49,9% de medicina; 40,9% de psicologia e 18,7% de enfermagem) de instituições públicas (55,7%) ou particulares (44,3%) do município de João Pessoa (PB). A média de idade foi de 23,93 anos (amplitude de 17 a 52 anos, DP = 5,54).

A maioria dos participantes eram solteiros (83,3%), moravam com os pais (60,6%), pertenciam a classe média (83,3%), e apresentavam renda média de R\$ 6.224,70. Em relação à religião, 53,7% afirmaram ser católico, e no que concerne ao nível de religiosidade 32,3% consideram-se muito religiosos. 60,6% dos universitários relataram não terem interesse em trabalhar em instituição de saúde mental, 58,9% não tem proximidade com alguém que tenha doença mental, e por fim 90,5% não fazem uso de medicação cujo tratamento seja contínuo.

### 6.1.3. *Instrumentos*

Foi utilizada a Escala de Atitudes frente ao Doente Mental (EADM), conforme descrita no Estudo 1, sendo validade no contexto brasileiro pelo autor da presente dissertação. Ainda foram incluídas um conjunto de informações sociodemográficas (idade, estado civil e sexo).

#### 6.1.4. Procedimento e critérios éticos

Semelhante ao primeiro estudo, obedecendo às diretrizes éticas que regem a pesquisa com seres humanos.

#### 6.1.5. Análise dos dados

Os seguintes programas estatísticos foram usados para realizar as análises estatísticas dos dados: *AMOS* e *PASW* (ambos em suas versões 21). Com o *AMOS* foram realizadas as análises fatoriais confirmatórias (*AFCs*), procurando checando a validade de construto (validades convergente e discriminante, e confiabilidade composta) e invariância fatorial (Byrne, 2001, 2004). Em se tratando do teste desta hipótese, os seguintes indicadores de ajuste foram tidos em conta (Browne & Cudeck, 1993; Hu & Bentler, 1999; Pilati & Laros, 2007; Tabachnick & Fidell, 2007):

$\chi^2$  (*qui-quadrado*). Testa a probabilidade de o modelo teórico se ajustar aos dados; quanto maior este valor, pior o ajustamento. Este, por ser sensível ao tamanho da amostra (amostras grandes, isto é,  $n > 200$  podem favorecer descartar um modelo adequado), deve ser interpretado com alguma reserva, valendo-se de sua razão em relação aos graus de liberdade ( $\chi^2/g.l.$ ). Este valor precisará ser entre 2 e 3, preferencialmente, admitindo-se até 5. Contudo, a prática sugere que poderá padecer de viés quando a amostra for superior a 1.000 participantes. Em todo caso, esta estatística pode ser útil para comparar modelos rivais, tomando em conta a mesma amostra.

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

1 (um; ajuste perfeito), admitindo-se como aceitáveis aqueles próximos ou superiores a 0,90.

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

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

Com o fim de comparar os modelos alternativos foram considerados os seguintes indicadores:  $\Delta\chi^2$ , *CAIC* (*Consistent Akaike information Criterion*) e *ECVI* (*Expected Cross Validation Index*). Diferença estatisticamente significativa do  $\Delta\chi^2$ , penalizando o modelo com maior  $\chi^2$ , e valores menores de *CAIC* e *ECVI* sugerem um modelo mais adequado. No caso da invariância fatorial, considerou-se, além do  $\Delta\chi^2$ , o  $\Delta RMSEA$ , admitindo-se diferença igual ou inferior a 0,001 como indicativo de invariância.

Finalmente, tomando como referência os valores das estimativas (valores não padronizados) e os pesos de regressão (valores padronizados) dos valores específicos que representam cada subfunção, reuniram-se evidências de sua *validade de construto* e precisão (*validade convergente*, *validade discriminante* e *confiabilidade composta*). No caso, obtiveram-se a *variância média extraída* (VME) e a *confiabilidade composta* (CC) (Fornell & Larcker, 1981; Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998). Valores iguais ou superiores a 0,50 e 0,70, respectivamente, asseguram a adequação da medida. A VME pode ser considerada indicadora de *validade convergente* de cada subfunção, isto é, o

quanto ela serve para explicar o conjunto de valores específicos; no caso da *validade discriminante*, esta é assegurada quando a raiz quadrada da *VME* é superior ao coeficiente de correlação ( $\Phi$ ) entre as duas subfunções em consideração. A confiabilidade composta, comparada, por exemplo, com o Alfa de Cronbach, tem a vantagem de não pressupor que os itens sejam *tau* equivalentes, isto é, tenham iguais pesos fatoriais, nem que os erros de medida sejam independentes. Portanto, é um indicador adicional de consistência interna do fator (subfunção) avaliado.

O *PASW* permitiu calcular estatísticas descritivas (distribuição de frequência, médias, desvios padrões), consistência interna (homogeneidade e Alfa de Cronbach) da EAFDM.

## 6.2. Resultados

De início, a estrutura bifatorial identificada no estudo anterior foi testada, tendo obtido indicadores de ajuste [ $\chi^2/gl = 3,71$ ,  $GFI = 0,72$ ,  $AGFI = 0,68$ ,  $CFI = 0,48$  e  $RMSEA (IC90\%) = 0,101 - 0,115 = 0,108$ ]. Nesse sentido, testou-se a viabilidade de testar um modelo alternativo com um único fator na busca por dirimir as dúvidas [ $\chi^2/gl = 4,09$ ,  $GFI = 0,68$ ,  $AGFI = 0,63$ ,  $CFI = 0,40$  e  $RMSEA (IC90\%) = 0,109 - 0,122 = 0,116$ ]. Comparando-se os índices de ajuste dos modelos com um e dois fatores, além dos indicadores complementares de ajuste (*ECVI* e *CAIC*) verifica-se que o modelo com dois fatores é superior ao com um fator. Um resumo do modelo resultante é apresentado na Tabela 6.

Tabela 6. Indicadores de ajuste ao modelo da EADM

Modelos	$\chi^2/$ (gl)	$\chi^2/gl$	GFI	AGFI	CFI	RMSEA (IC 95%)	ECVI	CAIC
<b>Um Fator</b>	1225,63 (299)	4,30	0,72	0,65	0,43	0,128 (0,117-0,139)	5,731 (4,355-5,255)	1561,09
<b>Dois Fatores</b>	1107,94 (298)	3,71	0,73	0,68	0,48	0,108 (0,101-0,115)	5,233 (4,810-5,688)	1449,85

**Nota:** N=203;  $\chi^2$ =chi-quadrado; gl=graus de liberdade; GFI=goodness-of-fit índice; AGFI=adjusted goodness-of-fit; CFI=comparative fit índice; RMSEA=root-mean-square error of approximation; CI 95%; ECVI=expected cross-valid index; \*  $p<0,001$ .

Todavia, muito embora tenha sido constatada que a estrutura com dois fatores e 26 itens se demonstrou mais apropriada, optou-se por verificar os itens com menor índice de saturação, removendo-os, na busca por identificar uma estrutura mais parcimoniosa e objetiva, a partir da ferramenta *Estimates of standardized regression weights*, foi possível verificar os índices de menor peso lambda em cada item tendo como base suas estimativas. Assim, foram retirados do fator I (*autoritarismo*) o item 07 ( $\lambda = 0,05$ ), e do fator II os seguintes itens: 25 ( $\lambda = 0,23$ ), 36 ( $\lambda = 0,25$ ), 29 ( $\lambda = 0,22$ ), 37 ( $\lambda = 0,14$ ), 02 ( $\lambda = 0,29$ ), 10 ( $\lambda = 0,26$ ) e 38 ( $\lambda = 0,34$ ).

Assim, se propõe-se uma estrutura alternativa, com dois fatores que apresentam nove itens cada. Tendo sido verificado indicadores de bondade de ajuste [ $\chi^2/gl = 3,72$ ,  $GFI = 0,80$ ,  $AGFI = 0,74$ ,  $CFI = 0,62$  e  $RMSEA (IC90\%) = 0,098 - 0,119 = 0,108$ ], portanto se demonstram marginalmente aceitáveis (Hair, et. al., 2009; Marsh, et. al., 2004) uma vez que apresenta também índices de  $CAIC = 738,354$  e  $ECVI = 2,473 (2,194 - 2,784)$  menores, o que sugere um modelo mais adequado. Todas as saturações foram estatisticamente diferentes de zero ( $z > 1,96$ ,  $p < 0,05$ ), e variaram de 0,32 à 0,68, com uma saturação média de 0,49. Buscou-se ainda, conhecer indicadores da consistência interna e homogeneidade da medida ora apresentada. O *Alfa de Cronbach* para o conjunto de 18 itens da medida foi de 0,77, assim como o fator *autoritarismo* ( $\alpha = 0,70$ ) e *benevolência* ( $\alpha = 0,73$ ). Essa estrutura pode ser observada na *Figura 5*.

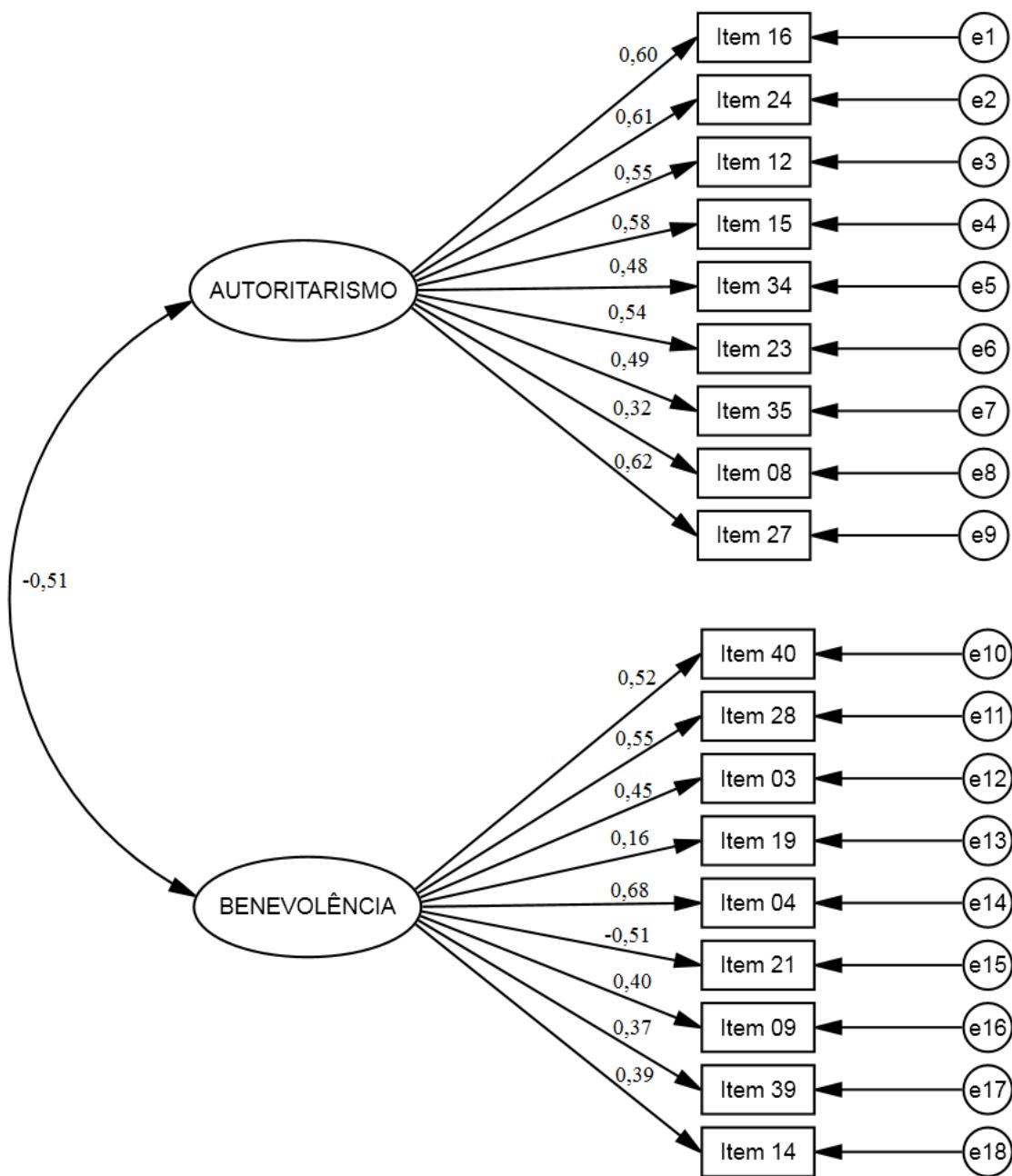


Figura 5. Estrutura Fatorial Adotada para a EADM

Buscando fornecer mais precisão nos resultados, calculou-se a confiabilidade composta (CC) e a Variância Média Explicada (VME) (Gouveia & Gabriel, 2013), obtendo os seguintes valores para cada fator: *autoritarismo* (VME = 0,69 e CC = 0,70),

*benevolência* (VME = 0,70 e CC = 0,72). Diante dos resultados apresentados, verifica-se a adequabilidade do modelo proposto, que apresenta indicadores satisfatórios de validade de construto e consistência interna.

### **6.3. Discussão Parcial**

O objetivo principal deste segundo Estudo foi verificar a validade e confiabilidade da EADM do Estudo 1. Conforme já foi descrito, sua estrutura se adequou de forma mais parcimoniosa por meio de dois fatores distintos: o *autoritarismo* e o *benevolência*.

Estudos de Avanci et al (2002) já assinalavam a presença de ambos os fatores, dentre outros como restrição social, ideologia da comunidade, etc. No entanto, considerando os achados da literatura os fatores aqui representados além de representarem atitudes sejam negativas ou positivas frente ao doente mental, estes representam em si, uma nova concepção de saúde, saindo de um contexto meramente clínico à uma perspectiva de medicina comunitária.

Diante disso, o fator autoritarismo ficaria mais próximo do modelo de saúde biomédico, enquanto o fator benevolência estaria mais próximo do modelo de saúde biopsicossocial. Sendo assim distintos em sua forma de cuidar. Os itens denotam conteúdos restritivos característica do modelo biomédico, assim como conteúdo mais integrador e humanitário específico do modelo biopsicossocial.

No início da análise, embora aparecendo quatro fatores, percebeu-se que os demais fatores denotavam conteúdos de autoritarismo e benevolência, onde optou-se por um modelo mais parcimonioso que corrobora-se os dados da literatura atual. A desconstrução da mais dura segregação manicomial, que conduziu a Reforma Psiquiátrica enfatizando o cuidado de forma mais participativo, dialógico e subjetivista do sujeito (Trajano & Silva, 2012).

Nesse sentido, pode-se verificar somados ao modo de entendimento do comportamento do doente mental, pelos estudantes da área de saúde (medicina, enfermagem e psicologia) também considerar, que estes cursaram alguma disciplina da área de saúde mental o que explica o protecionismo bondoso e paternalista, caracterizado por atitudes benevolentes frente ao doente mental, sendo apresentado de forma adequada pelos alunos estudados, estando de acordo com resultados do estudo de Avanci, et al. (2002).

Nos estudos de Pasquali, et al. (1987) relata que o contato com doente mental parece estar associado com uma menor aceitação do modelo biomédico, ou seja, tal aceitação pode indicar a visão de enfermidade mental como doença, não modifica o estigma desta condição. Dito de outro modo, parece que o contato de um profissional de saúde mental com um paciente doente mental leva o mesmo, gradativamente, a ver no doente algo mais do que um portador de disfunções intrapsíquicas, a ver seus conflitos familiares e pessoais, suas perspectivas de vida, sua inserção ou marginalização na sociedade, enfim um ser humano com certas dificuldades existenciais aproximando-se de uma concepção de saúde voltada ao modelo biopsicossocial.

**7. ESTUDO 3. CORRELATOS VALORATIVOS E DE TRAÇOS DE  
PERSONALIDADE COM A ESCALA DE ATITUDES FRENTE AO DOENTE  
MENTAL (EADM)**

---

## 7.1 Método

### 7.1.1 Delineamento e Hipóteses

Partindo de uma pesquisa de delineamento *ex post facto*, o presente estudo tem como objetivo conhecer as correlações entre o QVB, BIG-5 e EAFDM, bem como construir e testar um modelo explicativo de atitudes frente ao doente mental. Pensa-se, por sua vez, que os valores humanos serão identificados com influência mediana, por se tratar de um construto que se pauta em necessidades (Maslow, 1954; Rokeach, 1973).

#### 7.1.1.1 Hipótese referente às subfunções valorativas e os fatores autoritarismo e benevolência da EADM.

Hipótese 1. A subfunção valorativa *experimentação* se correlacionará positivamente com o fator *autoritarismo* da EADM;

Hipótese 2. A subfunção valorativa *realização* se correlacionará negativamente com o fator *autoritarismo* da EADM;

Hipótese 3. A subfunção valorativa *suprapessoal* se correlacionará negativamente com o fator *autoritarismo* da EADM;

Hipótese 4. A subfunção valorativa *existência* se correlacionará positivamente com o fator *autoritarismo* da EADM;

Hipótese 5. A subfunção valorativa *interativa* se correlacionará negativamente com o fator *autoritarismo* da EADM;

Hipótese 6. A subfunção valorativa *normativa* se correlacionará positivamente com o fator *autoritarismo* da EADM;

Hipótese 7. A subfunção valorativa *experimentação* se correlacionará negativamente com o fator *benevolência* da EADM;

Hipótese 8. A subfunção valorativa *realização* se correlacionará positivamente com o fator *benevolência* da EADM;

Hipótese 9. A subfunção valorativa *suprapessoal* se correlacionará positivamente com o fator *benevolência* da EADM;

Hipótese 10. A subfunção valorativa *existência* se correlacionará positivamente com o fator *benevolência* da EADM;

Hipótese 11. A subfunção valorativa *interativa* se correlacionará positivamente com o fator *benevolência* da EADM;

Hipótese 12. A subfunção valorativa *normativa* se correlacionará negativamente com o fator *benevolência* da EADM;

*7.1.1.2 Hipótese referente aos traços de personalidade e os fatores autoritarismo e benevolência da EADM.*

Hipótese 13. O traço de personalidade *conscienciosidade* se correlacionará negativamente com o fator *autoritarismo* da EADM;

Hipótese 14. O traço de personalidade *amabilidade* se correlacionará negativamente com o fator *autoritarismo* da EADM;

Hipótese 15. O traço de personalidade *abertura à mudança* se correlacionará negativamente com o fator *autoritarismo* da EADM;

Hipótese 16. O traço de personalidade *neuroticismo* se correlacionará positivamente com o fator *autoritarismo* da EADM;

Hipótese 17. O traço de personalidade *extroversão* se correlacionará negativamente com o fator *autoritarismo* da EADM;

Hipótese 18. O traço de personalidade *conscienciosidade* se correlacionará positivamente com o fator *benevolência* da EADM;

Hipótese 19. O traço de personalidade *amabilidade* se correlacionará positivamente com o fator *benevolência* da EADM;

Hipótese 20. O traço de personalidade *abertura à mudança* se correlacionará positivamente com o fator *benevolência* da EADM;

Hipótese 21. O traço de personalidade *neuroticismo* se correlacionará negativamente com o fator *benevolência* da EADM;

Hipótese 22. O traço de personalidade *extroversão* se correlacionará positivamente com o fator *benevolência* da EADM;

#### *7.1.1.3 Hipótese referente aos traços de personalidade e as subfunções valorativas*

Hipótese 23. A subfunção valorativa *experimentação* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade conscienciosidade.

Hipótese 24. A subfunção valorativa *experimentação* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade amabilidade.

Hipótese 25. A subfunção valorativa *experimentação* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade abertura a mudança.

Hipótese 26. A subfunção valorativa *experimentação* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade neuroticismo.

Hipótese 27. A subfunção valorativa *experimentação* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade extroversão.

Hipótese 28. A subfunção valorativa *realização* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade conscienciosidade.

Hipótese 29. A subfunção valorativa *realização* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade amabilidade.

Hipótese 30. A subfunção valorativa *realização* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade abertura a mudança.

Hipótese 31. A subfunção valorativa *realização* se correlacionará negativo com o traço de personalidade neuroticismo.

Hipótese 32. A subfunção valorativa *realização* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade extroversão.

Hipótese 33. A subfunção valorativa *suprapessoal* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade conscienciosidade.

Hipótese 34. A subfunção valorativa *suprapessoal* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade amabilidade.

Hipótese 35. A subfunção valorativa *suprapessoal* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade abertura a mudança.

Hipótese 36. A subfunção valorativa *suprapessoal* se correlacionará negativo com o traço de personalidade neuroticismo.

Hipótese 37. A subfunção valorativa *suprapessoal* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade extroversão.

Hipótese 38. A subfunção valorativa *existência* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade conscienciosidade.

Hipótese 39. A subfunção valorativa *existência* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade amabilidade.

Hipótese 40. A subfunção valorativa *existência* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade abertura a mudança.

Hipótese 41. A subfunção valorativa *existência* se correlacionará negativo com o traço de personalidade neuroticismo.

Hipótese 42. A subfunção valorativa *existência* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade extroversão.

Hipótese 43. A subfunção valorativa *interativa* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade conscienciosidade.

Hipótese 44. A subfunção valorativa *interativa* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade amabilidade.

Hipótese 45. A subfunção valorativa *interativa* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade abertura a mudança.

Hipótese 46. A subfunção valorativa *interativa* se correlacionará negativo com o traço de personalidade neuroticismo.

Hipótese 47. A subfunção valorativa *interativa* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade extroversão.

Hipótese 48. A subfunção valorativa *normativa* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade conscienciosidade.

Hipótese 49. A subfunção valorativa *normativa* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade amabilidade.

Hipótese 50. A subfunção valorativa *normativa* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade abertura a mudança.

Hipótese 51. A subfunção valorativa *normativa* se correlacionará negativo com o traço de personalidade neuroticismo.

Hipótese 52. A subfunção valorativa *normativa* se correlacionará positivamente com o traço de personalidade extroversão.

### 7.1.2 *Participantes*

Para este estudo, contou-se com uma amostra de conveniência (não - probabilística, intencional) de 230 profissionais da saúde nas mais diversas especificidades (35,7% enfermeiros, 21% psicólogos, 9,6% farmacêuticos, 9% médicos, 8,9% assistentes sociais, 6,9% fisioterapeutas e 6,3% demais profissionais) da cidade de João Pessoa-PB. Estes tinham idades variando de 23 a 68 anos ( $M = 36,22$ ;  $DP = 10,67$ ), sendo a maioria do sexo feminino (74,7%). Dentre os participantes, 51,5% eram solteiros, 38,2% casados e os 10,3% restantes estavam entre divorciados, viúvos e outros. Em relação à religião, a maioria relatou ser católica (65,5%), e no que concerne ao nível de religiosidade, 35% consideram-se mais ou menos religioso.

A maior parte dos profissionais eram graduados (62,2%), moravam com seu cônjuge (44,8%), e pertenciam a classe média (87,8%). Trabalhavam em instituição pública (82,6%), e tinham renda declarada que variava de R\$ 2.500,00 a R\$ 3.000,00 reais. Quanto ao interesse em trabalhar em instituições de saúde mental, 64% dos participantes disseram não ter interesse e 36% restantes afirmaram já desenvolver trabalho em CAPS.

### 7.1.3 *Instrumentos*

Foram utilizados os seguintes instrumentos abaixo:

1. *Escala de Atitudes frente ao Doente Mental (EADM)* construída e validada no Estudo 1 e 2, a qual consiste em conhecer as atitudes dos profissionais de saúde frente ao doente mental. Os participantes deveriam responder numa escala de cinco pontos desde 1 - Concordo totalmente a 5 - Discordo totalmente.

2. *Questionário dos Valores Básicos (QVB)* (Anexo B). Inicialmente elaborado em português e espanhol, constava de 66 itens (Gouveia, 1998). Posteriormente,

desenvolveu-se uma versão abreviada em português, com 24 itens (Gouveia, 2003) e, mais recentemente, a que tem sido mais amplamente empregada, que é formada por 18 itens (Gouveia et al., 2008). Para cada um dos itens são apresentados dois descriptores, procurando representar o conteúdo inerente do valor. Por exemplo, *sobrevivência* é descrito em termos de “ter água, comida e poder dormir bem todos os dias” e “viver em um lugar com abundância de alimentos”; *religiosidade* se configura como “crer em Deus como o salvador da humanidade” e “cumprir a vontade de Deus”; e *emoção* reúne os descriptores “desfrutar desafiando o perigo” e “buscar aventuras”. Estes valores são igualmente distribuídos nas seis subfunções valorativas, como previamente descritas. Com o fim de respondê-los, o participante deve ler cada um com atenção e avaliar sua importância como um princípio-guia na sua vida, utilizando escala de sete pontos, variando de **1** = *Totalmente não importante* a **7** = *Totalmente importante*.

### 3. Inventário dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade (ICGFP) (Anexo C).

Originalmente elaborado em língua inglesa por John et al. (1991), este instrumento foi composto por 44 itens. Porém, no presente estudo foi utilizada sua versão reduzida e adaptada para o contexto brasileiro, sendo composta de 20 itens que questionam como o indivíduo se percebe, com a seguinte frase: *Eu me vejo como alguém que ...* (item 2. *É minucioso, detalhista no trabalho*; item 7. *É inventivo, criativo*; item 18. *Gosta de refletir, brincar com as ideias*), sendo respondidos em escala de cinco pontos, com os seguintes extremos: **1** = *Discordo Totalmente* e **5** = *Concordo Totalmente*, agrupados em cinco fatores, a saber: *extroversão, agradabilidade, conscienciosidade, neuroticismo e abertura à mudança*.

### 4. Questionário sociodemográfico (Apêndice D).

Por fim, os participantes também foram solicitados a responder um questionário sociodemográfico, contendo as seguintes questões: idade, sexo, classe social, profissão, religiosidade, dentre outras.

#### *7.1.4 Procedimento e critérios éticos*

O procedimento do referido estudo procedeu-se por meio do contato com os diretores de hospitais e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais foram escolhidos por conveniência, com o intuito de obter a permissão para aplicação dos questionários. Após o consentimento da direção, os instrumentos foram aplicados de forma individual no ambiente de trabalho, bastando aos participantes seguirem as orientações dadas por escrito no próprio questionário, assinando o TCLE (Apêndice E). Os participantes levaram cerca de 20 minutos para responder ao questionário. Os critérios éticos foram obedecidos, seguindo os mesmos procedimentos utilizados nos estudos anteriores.

#### *7.1.5 Análise dos dados*

Nesta etapa foi utilizado o pacote estatístico PASW em sua versão 21 para analisar os dados obtidos através das escalas. Portanto através deste, foram obtidos dados descritivos acerca da amostra, além de análises inferenciais de correlação de Pearson ( $r$ ), que permitiram verificar se existe relação entre atitudes frente ao doente mental e os construtos valores e personalidade.

## **7.2 Resultados**

### *7.2.1 Correlatos das Atitudes Frente ao Doente Mental*

Para verificar como se associavam os construtos estudados (valores humanos, personalidade e atitudes frente ao doente mental) foram realizadas as correlações de Pearson ( $r$ ). Os resultados da análise podem ser observados na Tabela 7.

Tabela 7. Correlatos das Atitudes Frente ao Doente Mental, Valores Humanos e Traços de Personalidade.

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	<b>-0,40**</b>											
2	<b>-0,27**</b>	<b>0,28**</b>										
3	-0,05	<b>0,16*</b>	<b>0,28**</b>									
4	<b>-0,18**</b>	0,10	<b>0,32**</b>	<b>0,45**</b>								
5	<b>-0,24**</b>	<b>0,17**</b>	<b>0,53**</b>	<b>0,43**</b>	<b>0,42**</b>							
6	<b>-0,25**</b>	<b>0,26**</b>	<b>0,40**</b>	<b>0,23**</b>	<b>0,40**</b>	<b>0,45**</b>						
7	-0,02	-0,09	<b>0,22**</b>	<b>0,27**</b>	<b>0,45**</b>	<b>0,26**</b>	<b>0,30**</b>					
8	-0,08	0,03	<b>0,23**</b>	0,10	<b>0,15*</b>	<b>0,18**</b>	<b>0,18**</b>	<b>0,21**</b>				
9	<b>-0,28**</b>	0,06	<b>0,19**</b>	<b>0,25**</b>	<b>0,34**</b>	<b>0,22**</b>	0,08	0,12	<b>0,22**</b>			
10	-0,09	0,01	<b>0,17**</b>	<b>0,18**</b>	<b>0,19**</b>	<b>0,19**</b>	<b>0,22**</b>	<b>0,33**</b>	<b>0,56**</b>	<b>0,22**</b>		
11	<b>-0,23**</b>	0,07	<b>0,17**</b>	0,03	<b>0,20**</b>	0,10	<b>0,21**</b>	<b>0,31**</b>	<b>0,36**</b>	<b>0,25**</b>	<b>0,29**</b>	
12	0,06	<b>-0,24**</b>	<b>-0,15*</b>	0,07	0,001	-0,06	<b>-0,22**</b>	0,05	-0,01	0,02	-0,001	-0,09

**Nota.** \*\*p < 0,01, \* p < 0,05; (Unicaudal) 1 = Autoritarismo, 2 = Benevolência, 3 = Experimentação, 4 = Realização, 5 = Existência, 6 = Suprapessoal, 7 = Interativa, 8 = Normativa, 9 = Abertura, 10 = Conscienciosidade, 11 = Extroversão, 12 = Amabilidade, 13 = Neuroticismo.

A partir dos dados explicitados na Tabela 7, é possível destacar uma correlação moderada, negativa e significativa entre os fatores da EADM, *autoritarismo* e *benevolência* ( $r = -0,40$ ;  $p < 0,01$ ).

Com relação às hipóteses referente às subfunções valorativas e os fatores autoritarismo e benevolência da EADM, pode-se perceber que em relação ao fator *autoritarismo* da EADM frente ao doente mental, observaram-se correlações negativas e significativas com as seguintes subfunções valorativas: **Hipótese 1: experimentação** ( $r = -0,27$ ;  $p < 0,01$ ) a qual não foi confirmada; **Hipótese 5: interativa** ( $r = -0,25$ ;  $p < 0,01$ ) foi confirmada; **Hipótese 3: suprapessoal** ( $r = -0,24$ ;  $p < 0,01$ ) também foi corroborada e a **Hipótese 4: existência** ( $r = -0,18$ ;  $p < 0,01$ ) não foi confirmada e as demais subfunções valorativas não apresentaram qualquer correlação significativa, o que não possibilitou corroborar as **Hipóteses 2 e 6**.

Quanto ao fator *benevolência* da EADM, obtiveram-se correlações com as subfunções: **Hipótese 7: experimentação** ( $r = 0,28$ ;  $p < 0,01$ ) a qual não foi confirmada; **Hipótese 8: realização** ( $r = 0,16$ ;  $p < 0,05$ ) a mesma foi confirmada; **Hipótese 9: suprapessoal** ( $r = 0,17$ ;  $p < 0,01$ ) que por sua vez foi legitimada e também a **Hipótese 11: interativa** ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,01$ ) a qual foi confirmada. As demais não apresentaram correlação, logo não foi possível corroborar as **Hipóteses 10 e 12**.

Considerando às hipóteses referente aos traços de personalidade e os fatores autoritarismo e benevolência da EADM, constata-se que o fator autoritarismo só se correlacionou com os seguintes traços de personalidade, **Hipótese 13: conscienciosidade** ( $r = -0,28$ ;  $p < 0,01$ ) a qual foi confirmada e a **Hipótese 14: amabilidade** ( $r = -0,23$ ;  $p < 0,01$ ) também foi legitimada, os demais traços não apresentaram correlação, logo as seguintes **Hipóteses 15, 16 e 17**, não foram corroboradas.

Com relação à correlação entre o fator benevolência e os cinco grandes traços de personalidade, somente o traço *neuroticismo* apresenta uma correlação negativa e significativa ( $r = -0,26; p < 0,01$ ). Diante deste resultado, a **Hipótese 21** foi corroborada, os demais traços não apresentaram correlação, logo as **Hipóteses 18, 19, 20 e 22** não foram legitimadas.

Ademais, devem-se ressaltar ainda as correlações entre os cinco grandes traços de personalidade e às subfunções valorativas do modelo de Gouveia (2003), a saber, o traço *abertura à mudança* da Big Five apresentou correlação com as seguintes subfunções: *experimentação* (**Hipótese 25**,  $r = 0,23; p < 0,01$ ); *normativo* (**Hipótese 50**,  $r = 0,21; p < 0,01$ ), *interativa* (**Hipótese 45**,  $r = 0,18; p < 0,01$ ), *suprapessoal* (**Hipótese 35**,  $r = 0,18; p < 0,01$ ) e *existência* (**Hipótese 40**,  $r = 0,15; p < 0,05$ ), confirmado as hipóteses indicadas. Não apresentou correlação com a subfunção realização, não corroborando a **Hipótese 25**.

O traço *concienciosidade*, demonstrou correlação com as subunções: *existência* (**Hipótese 38**,  $r = 0,34; p < 0,01$ ), *realização* (**Hipótese 28**,  $r = 0,25; p < 0,01$ ), *suprapessoal* (**Hipótese 35**,  $r = 0,22; p < 0,01$ ), *experimentação* e (**Hipótese 23**,  $r = 0,19; p < 0,01$ ), mostrando a legitimidade das hipóteses. Não se correlacionou com as subfunções interativa e normativa e, portanto, não confirmando as hipóteses 43 e 48 respectivamente.

O traço *extroversão* apresentou correlações com todas subfunções, com isto todas as hipóteses foram corroboradas, como mostra a seguir: *normativo* (**Hipótese 52**,  $r = 0,33; p < 0,01$ ), *interativa* (**Hipótese 47**,  $r = 0,22; p < 0,01$ ), *suprapessoal* (**Hipótese 37**,  $r = 0,19; p < 0,01$ ), *existência* (**Hipótese 42**,  $r = 0,19; p < 0,01$ ), *realização* (**Hipótese 32**,  $r = 0,18; p < 0,01$ ) e *experimentação* (**Hipótese 27**,  $r = 0,17; p < 0,01$ ).

O traço *amabilidade* apresentou correlação com as subfunções: *normativo* (**Hipótese 49**,  $r = 0,31$ ;  $p < 0,01$ ), *existência* (**Hipótese 39**,  $r = 0,25$ ;  $p < 0,01$ ), *interativa* (**Hipótese 44**,  $r = 0,21$ ;  $p < 0,01$ ) e *experimentação* (**Hipótese 24**,  $r = 0,17$ ;  $p < 0,01$ ), confirmando as hipóteses indicadas. Não apresentou correlação com as subfunções *realização* e *suprapessoal*, com isto, as **Hipóteses 29** e **34**, respectivamente, não foram corroboradas.

Por fim, o traço de personalidade *neuroticismo* apresentou correlação negativa e significativa apenas com a subfunção *interativa* (**Hipótese 46**,  $r = -0,22$ ;  $p < 0,01$ ), confirmando a hipótese indicada. Não se correlacionou com as subfunções *experimentação*, *realização*, *suprapessoal*, *existência* e *normativa*, desta forma, as **Hipóteses 26, 31, 36, 41 e 51**, não foram confirmadas.

### 7.2.1.1 Discussão parcial

Levando a cabo a perspectiva do modelo biopsicossocial, o qual proporciona uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões física, psicológica e social. Quando incorporada ao modelo de formação do médico coloca a necessidade de que o profissional, além do aprendizado e evolução das habilidades técnico-instrumentais, evoluem também as capacidades relacionais que permitem o estabelecimento de um vínculo adequado e uma comunicação efetiva. Nesse sentido, considerando os fatores da EADM, os profissionais de saúde apresentaram correlação negativamente para o fator autoritarismo em relação às subfunções valorativas (experimentação, suprapessoal, interativa e existência) em sua maioria valores idealistas. Todavia a correlação foi negativa, ou seja, pessoas que expressam os referidos valores indicam menos dependência de bens materiais e consideram as pessoas iguais entre si, além de apreciar as relações interpessoais como um fim (Gouveia, 2013). Isso diverge da percepção de um profissional

de saúde pautado no modelo biomédico, onde estes são restritivos e não estabelecem uma relação vertical frente ao paciente. Percebe-se que profissionais pautados no cuidar voltado ao modelo biomédico são mais restritivos. Com a transição do paradigma dos modelos de saúde e a política de humanização do SUS, esperava-se que os profissionais tivessem uma prática terapêutica mais comunitária, contemplando a subjetividade do indivíduo e tornando-o ativo no processo. Ressalta-se a subfunção experimentação que não corroborou como Hipótese 1, considerando que indivíduos que apresentam esses valores não conseguem se conformar facilmente com normas sociais (Gouveia, 2013), ou seja, mesmo que novos currículos nos cursos de medicina apresentem disciplinas com conteúdo e práticas de saúde coletiva, percebe-se ainda a hegemonia do poder médico.

No entanto, os modelos explicativos de saúde são distintos e através dos dados das correlações percebeu-se que os profissionais de saúde, voltado ao modelo biopsicossocial, apresentaram relação positiva com as subfunções valorativas de experimentação e realização (orientação pessoal), bem como suprapessoal e interativa (vida como fonte de oportunidades) o que mostra uma percepção do doente mental como um indivíduo autônomo, ou seja, participativo no seu processo de saúde-doença.

Hoje já se pode ser evidenciar a concepção de um doente mental ativo, envolvido com seu processo de reabilitação, nas políticas públicas de saúde, nas reflexões acadêmicas, nos serviços de saúde mental, especialmente, no Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde - Humaniza SUS. Sendo assim, muda de uma perspectiva meramente centralizadora, convocando a corresponsabilidade, onde valores das subfunções suprapessoal, interativa e experimentação e realização as quais se correlacionaram positivamente mostram um perfil de profissional que buscam se aproximar do paciente e ressalta a importância do apoio social no processo saúde-doença.

No que se refere à subfunção interativa, seus valores (afetividade, convivência e apoio social) são essenciais para estabelecer, regular e manter relações interpessoais, tendo como motivador o caráter humanitário e de orientação social (Gouveia, 2013). Neste caso, pode-se ver que se correlacionou positivamente com a EADM em relação ao fator benevolência, o que era esperado em função do mesmo aproximar-se do modelo biopsicossocial, evidenciando profissionais com posturas mais humanitárias na condução do tratamento.

No que se refere às correlações com os traços de personalidade, percebeu-se que os traços amabilidade e conscienciosidade correlacionou negativamente com o fator autoritarismo da EADM, ou seja, pontuações baixas nos fatores denotam indivíduos hedonistas e não cooperativos, posturas de pessoas restritivas característica do modelo biomédico.

No que se refere ao fator benevolência, verificou-se uma correlação negativa com neuroticismo, isto indica que pontuações baixas revelam pessoas equilibradas emocionalmente (Schultz & Schultz, 2011), isso corrobora os achados da literatura, demonstrando que o trabalho com o doente mental requer uma postura de aceitação, não discriminação, ou seja, de mais aproximação. Nessa relação interpessoal profissional e paciente devem desenvolver um diálogo mais integrador e paternalista de cuidar, característica do modelo biopsicossocial.

A atitude terapêutica não é produto de mero instinto, mas sim reações comportamentais que uma vez formadas por um profissional, deveriam ser incorporadas ao seu modo de ação. Considerar as correlações encontradas em relação ao fator autoritarismo é pertinente sim na mudança de paradigma ao longo da construção da loucura, tendo em vista que pessoas com posturas autoritárias tendem a ser apáticas e não colaborativas.

## 7.2.2 *Explicação das atitudes frente ao doente mental*

### 7.2.2.1 *Análise de regressão*

Procurando estimar em que medida os valores humanos e os traços de personalidade explicam as *atitudes frente ao doente mental*, procederam-se com análises de regressão linear múltipla (método *stepwise*). Neste caso, as subfunções valorativas e os traços de personalidade foram considerados como variáveis antecedentes dos fatores (*autoritarismo* e *benevolência*) da Escala de Atitudes frente ao Doente Mental.

O atributo *autoritarismo* foi predito por duas subfunções valorativas e por dois traços de personalidade [ $R = 0,45, R^2 = 0,20; F(11, 221) = 5,16, p < 0,001$ ]: *interativa* ( $\beta = -0,10, t = -1,60, p < 0,05$ ), *experimentação* ( $\beta = -0,09, t = -1,54, p < 0,05$ ) quanto aos valores; e pelos traços de personalidade *conscienciosidade* ( $\beta = -0,22, t = -3,36, p < 0,01$ ) e *amabilidade* ( $\beta = -0,21, t = -2,54, p < 0,05$ ).

Em relação ao fator *benevolência*, este foi predito por duas subfunções valorativas e um traço de personalidade [ $R = 0,45, R^2 = 0,20; F(11, 221) = 5,18, p < 0,001$ ]: *interativa* ( $\beta = 0,13, t = 3,26, p < 0,01$ ) e *experimentação* ( $\beta = 0,09, t = 2,40, p < 0,05$ ) no caso dos valores. Quando considerados os traços de personalidade, apenas o traço *neuroticismo* ( $\beta = -0,12, t = -2,97, p < 0,01$ ) foi preditor.

### 7.2.2.2. *Modelo hierárquico na explicação das atitudes (autoritarismo e benevolência) frente ao doente mental: traços de personalidade explicando valores Humanos e predizendo as atitudes frente ao doente mental*

Após verificar os padrões de correlação e regressão dos fatores *autoritarismo* e *benevolência* das atitudes frente ao doente mental com as subfunções valorativas e os

traços de personalidade, construiu-se e testou-se o seguinte modelo explicativo: traços de personalidade → valores humanos (subfunções valorativas) → atitudes frente ao doente mental (*autoritarismo* e *benevolência*).

Assim sendo, tendo como marco de referência os resultados previamente descritos anteriormente da correlação e regressão, decidiu-se testar um modelo em que os traços de personalidade predizem às subfunções valorativas que por sua vez explicam atitudes (*autoritarismo* e *benevolência*), frente ao doente mental. Teve-se em conta como entrada a matriz de variância-covariância, adotando o estimador *Maximum Likelihood* (ML). Este tipo de análise estatística é mais criteriosa e rigorosa, permitindo testar diretamente uma estrutura teórica (Byrne, 2001; Tabachnick & Fidell, 2007).

A princípio optou-se por testar um modelo onde os traços de personalidade *amabilidade* e *conscienciosidade* explicassem as subfunções valorativas *interativa* e *experimentação*, que por sua vez, predissessem o fator *autoritarismo* da escala da EADM. O modelo em questão foi testado por meio de *path analysis* (*análise de caminhos*), obtendo resultados que, de forma geral, demonstraram sua adequação, segundo os indicadores de ajuste observados:  $\chi^2/gl = 14,0$ ,  $GFI = 0,97$ ,  $AGFI = 0,91$ ,  $CFI = 0,91$  e  $RMSEA = 0,10$  (IC90% = 0,04-0,16). O modelo resultante é apresentado na *Figura 6*.

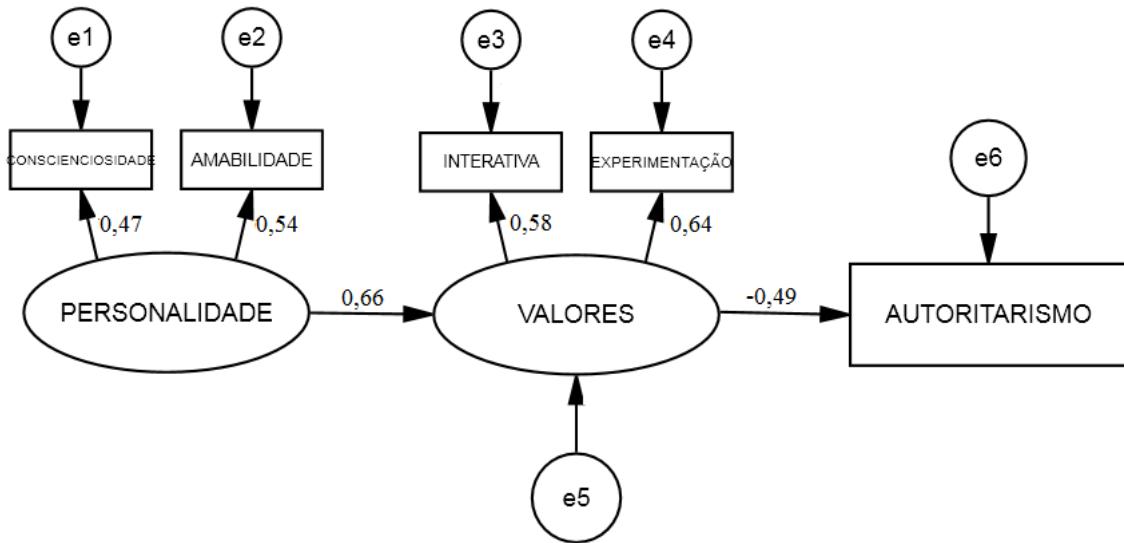


Figura 6. Modelo explicativo das atitudes frete ao doente mental (*autoritarismo*).

Deve-se destacar ainda que todas as saturações são estatisticamente diferentes de zero ( $\lambda \neq 0$ ;  $z > 1,96$ ,  $p < 0,05$ ), apresentando-se na direção esperada. Finalmente, diante dos resultados, considera-se que o modelo proposto no *Estudo 3*, e posto à prova neste, mostra-se promissor na explicação das atitudes frete ao doente mental (*autoritarismo*).

Por fim, buscou-se testar um modelo explicativo que explicasse o fator benevolência das atitudes frete ao doente mental. Para isto, baseando-se nos resultados das correlações e da regressão, pensou-se que o traço de personalidade *neuroticismo* explicaria as subfunções valorativas *interativa* e *experimentação*, que por sua vez, prediria o fator *benevolência* da escala da EADM. O modelo em questão foi testado por meio de *path analysis* (*análise de caminhos*), obtendo resultados que, de forma geral, demonstraram sua adequação, segundo os indicadores de ajuste observados:  $\chi^2/gl = 4,78$ ,  $GFI = 0,99$ ,  $AGFI = 0,94$ ,  $CFI = 0,97$  e  $RMSEA = 0,077$  (IC90% = 0,001-0,17). O modelo resultante é apresentado na *Figura 7*.

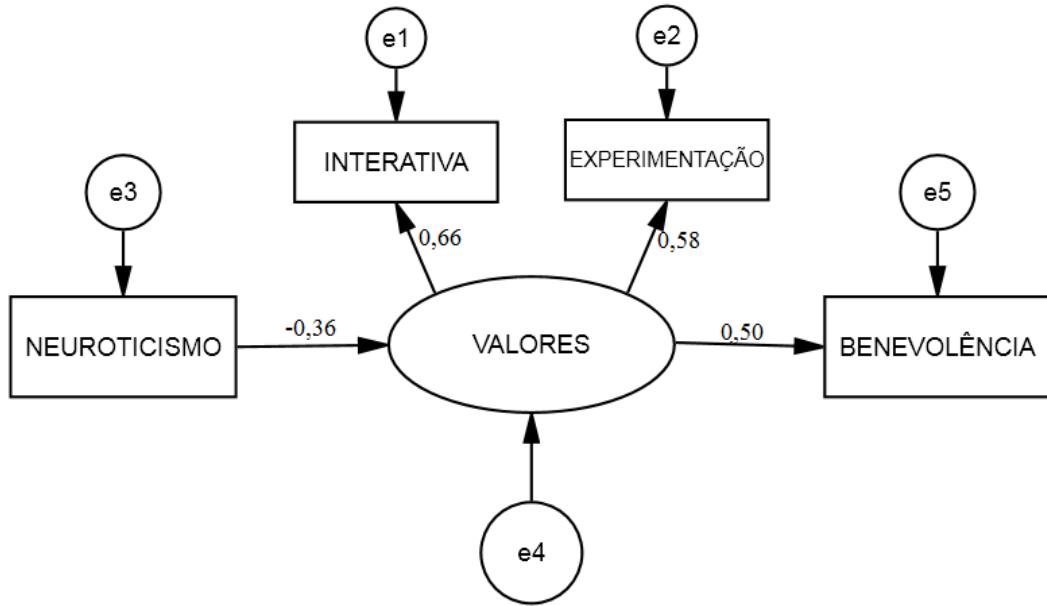


Figura 7. Modelo explicativo das atitudes frete ao doente mental (*benevolência*).

Destarte, se faz importante salutar que as saturações são todas estatisticamente diferentes de zero ( $\lambda \neq 0$ ;  $z > 1,96$ ,  $p < 0,05$ ), apresentando-se na direção esperada. Finalmente, diante dos resultados, pode-se considerar que o modelo proposto para o fator *benevolência* do *Estudo 3*, e testado empiricamente, mostrou-se promissor na explicação das atitudes frete ao doente mental (*benevolência*).

### 7.3. Discussão parcial

Com o objetivo de confirmar os resultados anteriormente encontrados, foram testados dois modelos preditivos da EADM, considerando as subfunções dos valores humanos e os traços de personalidade a fim de explicar as atitudes frete ao doente mental.

Os resultados encontrados mostram a influência dos valores humanos especificamente a subfunção valorativa interativa e experimentação e os traços de

personalidade conscienciosidade e amabilidade predizendo as atitudes frente ao doente mental em relação ao fator autoritarismo da EADM.

Isso pode ser explicado tendo em vista as correlações do Estudo 3, ou seja, os profissionais de saúde pautados do modelo biomédico apresentam valores das subfunções especificadas inversamente proporcional aos profissionais de saúde que se enquadram no modelo biopsicossocial. Isso ocorre em relação também ao fator benevolência da EADM, onde as subfunções valorativas experimentação e interativa são mais presentes em pessoas que se pautam no cuidar mais humanizado, onde o sujeito participa do processo.

Ademais, também se pode afirmar que os traços de personalidade se correlacionam com as atitudes frente ao doente mental, porém com um padrão de correlação que pode ter certas variações, o que sugere a realização de novos estudos, inclusive com a realização de análises estatísticas mais robustas que possam indicar melhor o papel dos valores e dos traços de personalidade na explicação das atitudes frente ao doente mental. Isso pode ser evidenciado nos modelos, onde *conscienciosidade* e *amabilidade* deveria ter um maior poder explicativo em relação ao fator benevolência, o qual considera os cuidados de saúde conforme o modelo biopsicossocial, porém autoritarismo se correlacionou negativamente. O traço *neuroticismo* explicou negativamente por meio do fator benevolência.

De acordo com Rokeach (1973) a personalidade é mais estável e pessoal, enquanto os valores possuem uma natureza mais social. Neste sentido, verifica-se que, apesar dos traços de personalidade se correlacionarem com as atitudes frente ao doente mental, os valores apresentam correlações mais consistentes e, por isso, podem explicar melhor as atitudes frente ao doente mental, verificando que os efeitos indiretos dos dois modelos testados foram significativos.

Este estudo também dá apoio empírico à teoria funcionalista dos valores humanos (Gouveia, 2003, 2013). Deste modo, espera-se que o presente estudo se configure no âmbito da psicologia social aplicada, podendo orientar programas de promoção e prevenção de saúde mental. Em suma, este estudo ofereceu apoio empírico ao modelo hierárquico traços de personalidade →valores humanos (subfunções valorativas) → atitudes. Confia-se, portanto, que os achados deste sejam úteis para entender as atitudes dos profissionais de saúde frente ao doente mental. Por fim, é importante que este modelo seja testado em outros contextos específicos como CAPS, Hospitais Psiquiátricos e familiares de pessoas em sofrimento psíquico.

Estes resultados favorecem a compreensão da relação entre estes construtos, ou seja, evidenciar a importância que os valores humanos e a personalidade exercem na vida das pessoas. Diante disso deve-se promover a construção do conhecimento científico na área do cuidado integral a saúde a pessoa em sofrimento psíquico, considerando a autonomia destes, devolvendo-lhes a dignidade.

---

**8. DISCUSSÃO GERAL**

---

A presente dissertação teve como objetivo conhecer as atitudes frente ao doente mental e identificar a relação entre os valores humanos e os traços de personalidade, considerando uma amostra composta por estudantes e profissionais da saúde. Inicialmente, realizou-se uma revisão da literatura acerca dos construtos de interesse (doença mental, valores humanos e traços de personalidade). Em seguida, partiu-se para um estudo empírico cujos objetivos específicos foram: (1) elaborar uma medida de atitudes frente ao doente mental (EADM), (2) Conhecer as correlações entre os possíveis fatores da EADM e as subfunções do *QVB* (*Questionário dos Valores Básicos*; Gouveia et al, 2008), (3) conhecer as correlações entre os possíveis fatores da EADM e os traços de personalidade, (5) Construir e testar um modelo teórico, em que os valores humanos e os traços de personalidade são preditores das atitudes frente ao doente mental. Consistente com tais objetivos, formularam-se 52 hipóteses, cujos resultados principais são resgatados a seguir. Nesta oportunidade, são igualmente elencadas algumas limitações potenciais, discutindo estudos futuros e apontando os principais resultados e expondo as considerações finais.

### **8.1 Limitações da pesquisa e direções futuras**

A presente dissertação vem oportunizar a conhecer mais um instrumento voltado a compreensão do doente mental. No entanto, há de considerar os estudos anteriores o que possibilitou a criação da EADM. É importante destacar que as amostras dos estudos aqui mencionados podem conter vieses, uma vez que não foram probabilísticas. Portanto, certamente não são representativas das populações das quais foram retiradas, restringindo quaisquer possibilidades de generalizações, mesmo para o universo de estudantes universitários e profissionais de saúde. Nesse sentido, requer novas pesquisas, podendo-se utilizar os instrumentos ora empregados de forma a aprofundar o conhecimento acerca

das atitudes frente ao doente mental, assim como os valores humanos e a personalidade. Também seria pertinente aplicar o estudo em outras culturas, pois a concepção de “loucura” pode mudar de país para país.

Ressalta-se também, que os estudos descritos previamente se pautaram em um delineamento correlacional, empregando-se instrumentos autoaplicáveis, como um questionário contendo questões sobre atitudes diante de um doente mental, ainda aspectos relacionados a pessoa do profissional.

Por fim, em relação aos instrumentos EADM, QVB e Big - Five, mesmo sendo muito utilizados em pesquisas da Psicologia, podem acarretar em algumas dificuldades e desvantagens, como falseamento do conteúdo relatado, diferindo do que seriam, de fato, as respostas dos participantes (Cozby, 2003). Outras formas de coleta de dados poderiam ser aplicadas a exemplo de estudos com medidas implícitas. Diante disso, mesmo frente as limitações a presente dissertação pode ser referência à outros pesquisadores que trabalhem com a temática em questão.

## **8.2 Resultados principais**

A transformação do pensamento teocêntrico para o antropocêntrico representou a abertura para as diversas significações que foram atribuídas à loucura. Tais significações deram uma concepção trágica e crítica da loucura que em um primeiro momento se confundiam devido a uma falta de definição mais clara do fenômeno. A falta de entendimento deste teve como consequência a necessidade de enclausuramento e exclusão do doente mental (Pacheco, 2009).

Conforme sugerido no primeiro estudo, buscou-se construir uma medida psicométrica pertinente a temática, evidenciando atitudes que pudesse tanto denotar concepções de cuidar do modelo biomédico como também do biopsicossocial, onde em

sua versão final de forma parcimoniosa ficaram 18 itens com dois fatores (autoritarismo e benevolência). Os resultados deste estudo permitiram constatar que esta medida apresentou parâmetros psicométricos aceitáveis (Pasquali, 2003), justificando seu emprego em pesquisas futuras. A propósito do segundo estudo a medida foi testada em uma análise confirmatória, a qual pôde corroborar sua estrutura em dois fatores conforme já discutido anteriormente. Em ambos os estudos não foi construído hipóteses.

Em relação ao terceiro estudo, pode-se conhecer as correlações entre a EADM, o QVB e o Big – Five, elucidando que os profissionais de saúde expressam valores das subfunções valorativas experimentação, suprapessoal, interativa e existência negativamente, denotando posturas indiferentes e individualistas muitas vezes frente aos seus pacientes, bem como os traços de personalidade conscienciosidade e amabilidade que apresentaram correlação negativa. Isso implica dizer que os profissionais que atuam na perspectiva do modelo biomédico assumem posturas autoritativas (EADM) frente a seus pacientes.

No que se refere as correlações com o fator benevolência (EADM) expressam valores das subfunções experimentação, realização, suprapessoal e interativa, as quais com exceção de realização expressam as necessidades humanas com o tipo motivador humanitário, ou seja, estas pessoas são mais abertas a inovações e podem portanto conduzir a mudanças ou novas configurações sociais (Gouveia, 2013). Conhecer a relação que os valores humanos no contexto de saúde possibilitou visualizar como estes podem influenciar sua prática clínica. Já com traço de personalidade correlacionou negativamente com neuroticismo, demonstrando pessoas equilibradas emocionalmente.

Nesse sentido os referidos contrutos faz refletir sobre as práticas de saúde hoje, ou seja, os dados revelam que embora o SUS tenha investido em políticas de saúde numa perspectiva mais humanitária, ainda percebe-se determinadas práticas por parte de alguns

profissionais que traduzem um modelo hospitalocêntrico. Experiências de cuidado em saúde mental na lógica da clínica antimanicomial é referência sobre a humanização do cuidado e da gestão do SUS, o qual veio derrubar muros, buscar a liberdade, a defesa dos direitos dos sujeitos com sofrimento psíquico ou mental, enfim, ao transformar relações e modos de existir, desestabilizando fronteiras de saberes, territórios de poder e modos instituídos de constituição de processos de trabalho em saúde (Trajano & Silva, 2012). Estes profissionais podem estar inseridos numa política de humanização, porém suas atitudes denotam um distanciamento na forma de cuidar.

As autoras apontam que a Política Nacional de Humanização (PNH), como movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui as saídas para os impasses e obstáculos construído ao longo dos séculos em torno da loucura. No entanto, o diálogo deve ser instituído coletivamente, pois são mais potentes, ou seja, estes nascem da ação pública e têm como destino tornarem-se patrimônio coletivo, apropriado e defendido por muitos e, em especial, por seus beneficiários diretos: os usuários e suas famílias.

---

**9. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Há de considerar a importância deste estudo as políticas públicas de saúde, que o mesmo possa ser replicado em outros contextos e em outras amostras, inclusive em grupos médicos específicos (profissionais dos CAPS) observando evidências de validade preditiva da EADM. Neste sentido, seria igualmente satisfatório considerar amostras maiores e mais heterogêneas, incluindo pessoas de diferentes níveis de escolaridade e classes sociais. Inclusive, seria útil checar a invariância fatorial desta medida em diferentes grupos como profissionais de saúde e da população geral, bem como familiares do doente mental. Além do mais, seria interessante contar com versões *on-line* destas medidas para facilitar o processo de coleta de dados e, inclusive, diversificá-las ainda mais, já que a *internet* oferece esta vantagem de maior alcance. Porém, assevera-se que o propósito deste estudo foi eminentemente psicométrico e correlacional, testando os parâmetros das medidas empregadas e conhecendo seus correlatos valorativos.

Além do construto atitudes, também poderia enfatizar estudos de preconceito e estereótipos frente ao doente mental. Tendo em vista que a construção histórica em torno da loucura gerou um estigma negativo do DM. Assim como a EADM, aqui construída e validada, seria pertinente construir outras medidas que explicassem os estigmas históricos sobre este indivíduo.

Ainda que esta dissertação represente uma pesquisa de cunho eminentemente básico, é impossível deixar de reconhecer algumas de suas possíveis aplicações. Esta pode auxiliar em campanhas de prevenção e promoção da saúde mental, bem como no processo de educação permanente dos profissionais e reavaliação do processo de trabalho. Grande parte dos profissionais apresentam problemas relacionados à aproximação com seu paciente, o que pode comprometer a adesão muitas vezes deste. Neste sentido, o presente empreendimento científico parece representar uma contribuição à área, favorecendo uma

aproximação mais adequada entre os construtos valores humanos e os traços de personalidade.

Por fim, entende-se que a psicologia social pode contribuir para minimizar os danos advindos de uma construção social que se fez ao longo da história sobre o doente mental. Os termos da psicologia tornaram-se presentes no cotidiano das pessoas como “idiota”, “débio mental”, entre outros, que terminaram configurando preconceito em relação à pessoa em sofrimento psíquico.

Portanto, a psicologia, neste contexto, precisa assumir um papel ativo: primeiro, conhecendo os antecedentes das condutas que possam assegurar uma cultura pautada em valores de aceitação e pluralidade. Enfrentando o estigma e o preconceito construído há décadas. Conscientizando a população geral, familiares dos doentes mentais e profissionais de saúde, no enfrentamento de condutas preconceituosas e excludentes. Promovendo assim um novo olhar sobre a saúde e que as práticas *psi* possam ser instrumento de diálogo com a sociedade garantindo que as futuras gerações tenham atitudes e comportamentos mais humanizados e que os programas de saúde dos governos venham contemplar o indivíduo biopsicossocialmente.

## REFERÊNCIAS

- Adorno, T. W., Frenkel-Brunswick, E., & Levinson, D. J., Sanford, R. N. (1950). *The authoritarian personality*. New York: Harper.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50, 179 – 211.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review Psychology*, 52, 27 – 58.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. Em D. Albarracín; B. T. Johnson & M. P. Zanna (Orgs.), *The handbook of attitudes* (173 – 221). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Allport, G. W. (1973). Personalidade: Padrões e desenvolvimento. São Paulo: EPU.
- Allport, F. H., & Allport, G. W. (1921). Personality traits: Their classification and measurement. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 16, 6-40.
- Alves, R., et al. (2012). Psicologia da Saúde: abrangência e diversidade teórica. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 19, 1-10.
- Amarante, P. (2003). *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora.
- Andrade, S. R. et al., (2007). *Saúde mental na atenção básica de saúde em Brasil. Enfermagem Global*, 10, 1-11.
- Andrade, J. M. (2008). *Evidências de validade do inventário dos cinco grandes fatores de personalidade para o Brasil*. Tese de Doutorado. Departamento de Psicologia Social. Universidade Federal de Brasília, DF.

- Antunes, A. M. (2007). *A psicologia no Brasil: leitura histórica sobre sua constituição*. São Paulo: Unimarco.
- Aquino, T. A. A. (2009). *Atitudes e intenção de cometer o suicídio: Seus correlatos existências e normativos*. Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Athayde, R. A. A. (2012). *Medidas Implícitas de Valores Humanos: Elaboração e Evidências de Validade*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Avanci, R. C., Malaguti, S. E., & Pedrão, L. J. (2002). Autoritarismo e benevolência frente à doença mental: estudo com alunos ingressantes no curso de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10, 509-515.
- Baker, F., & Schulberg, H. (1967). The development of a community mental health ideology scale. *Community Mental Health Journal*, 3, 216 - 225.
- Backes, D. S., Koerich, M. S., & Erdmann, A. L. (2007). Humanizing care through the valuation of the human being: resignification of values and principles by health professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 34-41.
- Bardi, A., & Schwartz, S. H. (2003). Values and behavior: Strength and structure of relations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1207-1220.
- Basaglia, F. (2005). A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização. In P. Amarante (Ed.), *Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (2000). *A construção social da realidade*. 19. ed. Petrópolis: Vozes.

- Binet-Martínez, V., & John, O. P. (1998). Los cinco grandes across cultures and ethnic groups: multitrait-multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 729-750.
- Branco, G. C. (2012). Michel Foucault e a anti-psiquiatria. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 3*, 1-15.
- Browne, B. M. & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage, 136-162.
- Byrne, B. M. (2001). *Structural Equation Modeling with Amos: Basic Concepts, Applications, and Programming*. New York: Springer – Verlag.
- Byrne, B. M. (2004). Testing for multigroup invariance using AMOS Graphic: A road less traveled. *Structural Equation Modeling, 11*, 272-300.
- Caldas, A. A., & Nobre, J. C. A. (2012). Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica Brasileira: Reflexões Acerca da Cidadania dos Portadores de Transtornos Mentais. *Cadernos UniFOA, 20*, 71-83.
- Campos, T. P. M. (2013). Loucura concreta e loucura rústica: ensaio sobre a imagem do diferente na contemporaneidade. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 5*, 26- 43.
- Caponi, S. (2009). Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Ciência & Saúde Coletiva, 14*, 95-103.
- Cattell, R. B. (1946). *Description and measurement of personality*. Oxford, England: World Book Company.
- Cavalcanti, M. F. B. (2009). *Atitudes frente ao piercing e a intenção de usá-lo: Uma explicação a partir do compromisso convencional*. Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.

- Coelho Júnior, L. L. (2001). *Uso potencial de drogas em estudantes do ensino médio: suas correlações com as prioridades axiológicas*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Coelho, J. A. P. M. (2009). *Habilidade de conservação de água: uma explicação pautada em valores humanos, emoções e atitudes ambientais*. Tese de doutorado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Coelho, J. A. P. M., Gouveia, V. V., & Milfont, T. L. (2006). Valores humanos como explicadores de atitudes ambientais e intenção de comportamento pró-ambiental. *Psicologia em Estudo*, 11, 199-207.
- Cohen, J., & Struening, E. L. (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of abnormal and Social Psychology*, 64, 349 – 360.
- Corrigan, P.W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., & Kubiak, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 187-195.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 343-359.
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- Davidson, L., Drake, R., Schmutte, T., Dinzeo, T., & Andres-Hyman, R. (2009). Oil and water or oil and vinegar? Evidence-based medicine meets recovery. *Community mental health journal*, 45, 323–332.
- DeNeve, K. M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well- being. *Psycological Bulletin*. 124, 197-229

- Dias, F. (2010). *O bem-estar psicológico na espontaneidade: estudo correlacional*. Dissertação (Mestrado). ISPA- Instituto Universitário, Lisboa.
- Dimenstein, M. D. B. (1998). *O Psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): Perfil profissional e perspectivas de atuação nas unidades básicas de saúde*. (UBS). 223f. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Diniz, P. K. C. (2009). *Correlatos valorativos e emocionais do altruísmo*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Engler, B. (1991). *Personality theories* (3<sup>a</sup> ed.). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Eysenck, H. J. (1991). Dimensions of personality: 16, 5, or 3. Criteria for a taxonomic paradigm. *Personality and Individual Differences*, 12, 773-790.
- Fava, G., & Sonino, N. (2008). O modelo biopsicossocial: Trinta anos depois. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 1-2.
- Ferreira, A. A. L., Padilha, K. L., & Starosky, M. (2012). A questão da liberdade nos processos de reforma psiquiátrica italiana: entre a resistência e os modos de governo liberal. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4, 12-29.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Beliefs, attitudes, intention and behavior: An introduction to theory and research*. London: Addison-Wesley.
- Fontes, B. A. S. M., & Fonte, E. M. M. (2010). *Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife: Editora Universitária da UFPE.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18, 39-50.
- Foucault, M. (2008). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

- Foucault, M. (1997). *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1975). *Doença mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Friedman, H. S., & Schustack, M. W. (2004). *Teorias da Personalidade. Da teoria clássica à pesquisa moderna*. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Prentice Hall.
- Freitas, L. A. (2013). *Bases valorativas da preocupação masculina com a aparência*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Gabriel, M. A. O, & Castanheira, M. (2012). A formação da personalidade e o comportamento violento: argumentos para a aproximação da teoria sociológica da realidade e a teoria psicossexual. *Revista Augustus*. Rio de Janeiro. 17, 33.
- Garcia, L. F. (2006). Teorias psicométricas da personalidade. Em C. E. Flores-Mendoza & R. Colom (Orgs.), *Introdução à psicologia das diferenças individuais* (pp. 219-242). Porto Alegre: Artmed.
- Gil, I. M. A. (2010). *Crenças e Atitudes dos Estudantes de Enfermagem acerca das Doenças e Doentes Mentais: Impacto do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Gilbert, D. C.; & Levinson, D. J. (1956). Ideology, personality and institutional policy in the mental hospital. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 53, 263 – 271.
- Gomes, A. I. A. S. B. (2011). *A escolha do parceiro(a) ideal por heteros e homossexuais: Uma leitura a partir dos valores e traços de personalidade*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-americana. enfermagem*, 9, 48-55.

- Gonçalves, M. P. (2012). *Atributos desejáveis do (a) parceiro (a) ideal: Valores e traços de personalidade como explicadores*. Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Goulart, M. S. B. (2007). *As raízes italianas do movimento antimanicomial. Coleção Histórias da Psicologia no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gouveia, V. V. (1998). *La naturaleza de los valores descriptores del individualismo y del colectivismo: Una comparación intra e intercultural*. Tese de Doutorado, Departamento de Psicología Social, Universidade Complutense de Madri, Espanha.
- Gouveia, V. V. (2003). A natureza motivacional dos valores humanos: Evidências acerca de uma nova tipologia. *Estudos de Psicologia*, 8, 431-443.
- Gouveia, V. V. (2013). *Teoria Funcionalista dos valores humanos: Fundamentos, aplicações e perspectivas*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Gouveia, V. V., Athayde, R. A. A., Soares, A. K. S., Araújo, R. de C. R., & Andrade, J. M. de. (2012). Valores e motivações para responder sem preconceito frente a homossexuais. *Psicologia em Estudo*, 17, 215-225.
- Gouveia, V. V., Fonseca, P. N., Milfont, T. L., & Fischer, R. (2011). Valores humanos: Contribuições e perspectivas teóricas. In Torres, C. V., & Neiva, E. R. (Eds.). *A psicologia social: Principais temas e vertentes*. Porto Alegre: ArtMed.
- Gouveia V. V., Fonseca, P. N., Gouveia, R. S., Diniz, P. K. C., Cavalcanti, M. F. B., & Medeiros, E. D. (2010). Correlatos valorativos de atributos desejáveis de um (a) parceiro (a) ideal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23, 166-175.
- Gouveia, V. V., Martínez, E., Meira, M., & Milfont, T. L. (2001). A estrutura e o conteúdo universais dos valores humanos: Análise fatorial confirmatória da tipologia de Schwartz. *Estudos de Psicologia*, 6, 133-142.

- Gouveia, V. V., Milfont, T. L., Fischer, R., & Santos, W. S. (2008). Teoria funcionalista dos valores. In: M. L. M. Texeira (Ed.), *Valores humanos e gestão: Novas perspectivas* (pp. 47-80). São Paulo: SENAC Editora.
- Gouveia, V. V. (2012). *Teoria Funcionalista dos Valores Humanos: Fundamentos, Evidências Empíricas e Perspectivas*. Tese para concurso de professor titular, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Gouveia, V. V. (2013). Teoria Funcionalista dos valores humanos: Fundamentos, aplicações e perspectivas. Editora Casa do Psicólogo.
- Guedes et al. (2010). A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12, 547-53.
- Guerra, V. M. (2005). Bases valorativos do liberalismo sexual. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Guimarães, A. N., Borba, L. O., Larocca, L. M., & Maftum, M. A. (2013). Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): Histórias narradas por profissionais de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22, 361-369.
- Günther, H. (1981). Uma tentativa de traduzir e adaptar a escala de valores de Rokeach para uso no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 33, 58-72.
- Gutiérrez, J. L. G., Jiménez, B. M., Hernández, E. G. & Puente, C. P. (2005). Personality and subjective well-being: Big Five correlates and demographic variable. *Personality and Individual Differences*, 38, 1561-1569.
- Gusmão, E. E. da S. (2004). *A hipótese da congruência vocacional: Considerações acerca dos valores humanos e do bem-estar subjetivo*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Hayes, N., & Joseph, S. (2008). Big 5 correlates of three measures of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 34, 723-727

- Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da personalidade*. Porto Alegre, RS: ArtMed.
- Hair, J., Jr., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1998). *Multivariate data analysis*. 5<sup>a</sup> ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hengartner, M. P. et al. (2012). Atitudes de profissionais de saúde mental em relação a indivíduos com esquizofrenia: uma comparação transcultural entre Suíça e Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39, 115-21.
- Hofstede, G. (1984). *Culture's consequences: International differences in work-related values*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Inglehart, R. (1977). *The silent revolution: Changing values and political styles among Western publics*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Inglehart, R. (1991). *El cambio cultural en las sociedades industriales avanzadas*. Madri: Siglo XXI.
- Ito, P. do C. P., Gobbi, M., & Guzzo, R. S. L. (2007). Temperamento, neuroticismo e auto-estima: estudo preliminar. *Estudos de Psicologia*, 24, 143-153.
- Joreskob, K., & Sörbom, D. (1989). *Lisrel 7 user's reference guide*. Mooresville: Scientific Software.
- Kelly, G. A. (1963). *A Theory of Personality, The Psychology of Personal Constructs*. New York: W.W.Norton & Company.
- Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, R., Hayward, P., & Corrigan, P. (2008). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 17, 482-491.

- Koda, M. Y. (2002). *Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia social e do Trabalho, Universidade de São Paulo, SP.
- Lancetti, A., & Amarante, P. (2006). Saúde mental e saúde coletiva. In G. W. S. Campos (Ed.), *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Livingston, D. J., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71, 2150-2161.
- Link, B. G., Yang, L. P., & Collinbs, P. Y. (2004). Measuring mental ilness stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 30(3), 511 - 541.
- Luchese, R., oliveira, A. G. B., Conciani, M. E., & Marcon, S. R. (2009). Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25, 2033-2042.
- Luzio, C. A., & Sinibaldi, B. (2012). *Atenção Psicossocial e Psicologia: um mapeamento da produção científica*. Revista de Psicologia da UNESP, 11, 233-240.
- Machado, S. B. (2009). Foucault: a loucura como figura histórica e sua delimitação nas práticas psiquiátricas e psicanalíticas. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 12, 217-228.
- Maclean, U. (1969). Community attitudes to mental illness in Edinburgh. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 23, 45 - 52.
- Martins, A. E. O. (1987). Atitudes frente ao doente mental: influências do tipo e do nível de treinamento universitário. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 3, 92-103.
- Marín, J. R., & López, M. C. N. (2008). *Manual de Psicología Social de La Salud*. Madrid. Editorial Sínteses, S.A. Vallehermoso, 34.

- Maslow, A. H. (1971 / 1983). *La personalidad creadora*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row.
- Medeiros, E. D. (2008). *Correlatos valorativos das atitudes frente á tatuagem*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Psicologia, João Pessoa, PB.
- Medeiros, E. D. (2011). *Teoria Funcionalista dos Valores Humanos: Testando sua adequação intra e interculturalmente*. Tese de doutorado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Milfont, T. L. (2001). *A intenção de constituir família: Suas bases normativas e relacionais*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Ministério da Saúde do Brasil (2001). Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Política nacional de saúde mental Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado em: <[http://www.cress-pa.org.br/files/u4/11\\_Pol\\_SaudeMental.pdf](http://www.cress-pa.org.br/files/u4/11_Pol_SaudeMental.pdf)>.
- \_\_\_\_\_. (2012). SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados - 10, Ano VII, nº 10, março de 2012*. Brasília, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Recuperado em: [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental).
- Myers, D. (2010). *Introdução à psicologia geral*. 10 ed. Rio de Janeiro: LTC
- Nabuco, E. (2006). *A Luta Antimanicomial como instrumento de denúncia à violação dos direitos humanos*. Recuperado em: [www.crprj.org.br/documentos/2006-palestra-edvaldo\\_nabuco.pdf](http://www.crprj.org.br/documentos/2006-palestra-edvaldo_nabuco.pdf).
- Nunnally, J. (1961). *Popular conceptions of mental health: their development and change*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

- Oliveira et al. (2009). *Entendendo a reforma psiquiátrica: a construção da rede de atenção à saúde mental*. Florianópolis: ABRASME/UFSC.
- Osinaga, V. L. M., & Furegato, A. R. F. (2003). Opinião de estudantes de enfermagem sobre a doença mental e a assistência nesta área. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56, 143-6.
- Pacheco, J. G. (2009). *Reforma psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência*. Curitiba: Juruá.
- Paulim, T., & Luzio, C. A. (2009). A Psicologia na Saúde Pública: desafios para a atuação e formação profissional. *Revista de Psicologia da UNESP*, 8(2).
- Pasquali, L., Nogueira, A. M. P., Martins, A. E. O., & Martins, F. M. M. (1987). Atitudes Frente ao doente mental: Um modelo Etiológico e Medida de Atitudes. *Revista de Psicologia*. Fortaleza, 5, 37-67.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Pedrão L. J., Avanci, R. C., Malaguti, S. E, & Aguilera, A. M. S. (2003). Atitudes frente à doença mental: estudo comparativo entre ingressantes e formandos em Enfermagem. *Medicina*, 36, 37-44.
- Pessotti, I. (1997). *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Pervin, L. A., & John, O. P. (2004). *Personalidade: Teoria e pesquisa*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Pilati, R., & Laros, J. A. (2007). Modelos de equações estruturais em psicologia: Conceitos e aplicações. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 23, 205-216.
- Pimentel, C. E. (2004). *Valores humanos, preferência musical, identificação grupal e comportamentos de risco*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.

- Pinho, L. B., Hernández, A. M. B., & Kantorski, L. P. (2010). Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9, 312-324.
- Pronk, S. L. S. (2010). *Correlatos valorativos da imagem corporal: Uma explicação pautada na auto-imagem e nos valores humanos*. Dissertação de mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Puttini, R. F., Pereira Júnior, A., & Oliveira, L. R. (2010). Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização Physis. *Revista de Saúde Coletiva*, 20, 753-767.
- Rodrigues, A. *Psicologia Social*. (2012). Revista e atualizada, Petrópolis, Vozes,
- Rogers, C. R. (2009). *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press.
- Rokeach, M. (1981). *Crença, atitudes e valores: uma teoria de organização e mudança*. Rio de Janeiro: Interciência.
- Ros, M. (2006). Valores, atitudes e comportamento: Uma nova visita a um tema clássico. In M. Ros & V. V. Gouveia (Eds.), *Psicologia social dos valores humanos: Desenvolvimentos teóricos, metodológicos e aplicados*. São Paulo: SENAC.
- Rotelli, F., & Mauri, D. (1990). Desinstitucionalização: uma outra via. In F. Rottelli et al. (Eds.), *Desinstitucionalização* (pp. 17-19). São Paulo: Hucitec.
- Santos, W. S. (2008). *Explicando comportamentos socialmente desviantes: Uma análise do compromisso convencional e afiliação social*. Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Scheff. T. J. (1966) *On Being Menially III*. London: Weidenfeld & Nicolson.

- Schimmack, U., Schupp, J., & Wagner, G. G. (2008). The influence of environment and personality on the affective and cognitive component of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 89, 41-60.
- Schwartz, S. H., & Bardi, A. (2001). Value hierarchies across cultures: Taking a similarities perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32, 268-290.
- Schwartz, S. H., & Bilsky, W. (1987). Toward a universal psychological structure of human values. *Journal of personality and social psychology*, 53, 550–562.
- Schwartz, S. H., & Huismans, S. (1995). Value priorities and religiosity in four Western religions. *Social Psychological Quarterly*, 58, 88–107.
- Schwartz, S. H. (1992). Universal in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In: M. P. Zanna (Ed.), *Advanced in experimental social psychology* (pp. 1-65). New York: Academic Press.
- Schwartz, S. H. (1994). Are there universal aspects in the structure and contents of human values? *Journal of Social Issues*, 50, 19-45.
- Schwartz, S. H. (2005). Validade e aplicabilidade da teoria dos valores. In: A. Tamayo & J. B. Porto (Eds.), *Valores e comportamentos nas organizações* (pp. 56-59). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Schwartz, S. H. (2006). Há aspectos universais na estrutura e no conteúdo dos valores humanos? In M. Ross & V. V. Gouveia (Orgs.), *Psicologia social dos valores humanos: Desenvolvimentos teóricos, metodológicos e aplicados*, (pp. 55-85). São Paulo: Editora Senac.
- Schwartz, S.H. et al (2001). Extending the cross-cultural validity of the theory of basic human values with different method of measurement. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 32, 519-542.

- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2011). *Teorias da personalidade*. São Paulo: Pioneira Thomson.
- Silva, A. T. M. C., Amarante, P., Gomes, A. L. C., Braga, J. E. F., Valença, A. M. G., & Padilha, W. W. N. (2012). A Propósito da Diversidade, Cultura e Saúde Mental: Novas Dimensões para a Compreensão da Loucura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 16, 435-438.
- Spink, M. (2010). Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade. *Quaderns De Psicologia: International Journal of Psychology*, 12, 41-56.
- Spink, M. J. (2007). *A Psicologia em diálogo com o SUS – prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Schomerus, G., Matschinger, H., Kenzin, D., Breier, P., & Angermeyer, M. C. (2006). Public attitudes towards mental patients: a comparison between Novosibirsk, Bratislava and German cities. *European Psychiatry*, 21, 436 – 441
- Stockinger, R. C. (2007). *Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas humanistas e existenciais*. São Paulo: Vozes.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Tavares, H. (2006). Personalidade, temperamento e caráter. In: Busatto Filho G. *Fisiopatologia dos transtornos psiquiátricos*. São Paulo: Atheneu, 191-205.
- Taylor, S. M.; & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally Ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 225 - 240.
- Tílio, R. D. (2007). “A querela dos direitos”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. *Caderno de Psicologia e Educação*, 17, 195-206.
- Thoits, P. A. (2011). Resisting the Stigma of Mental Illness. *Social Psychology Quarterly*, 74, 6-28.

- Thomas, W. I., & Znaniecki, F. (1918). *The Polish peasant in Europe and America*. Boston, MA: University of Chicago Press.
- Torre, E. H. G., & Amarante, P. (2012). Michel Foucault e a “história da loucura”: 50 anos transformando a história da psiquiatria. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 3, 41-64.
- Trajano, A. R. C., & Silva, R. (2012). Humanização e reforma psiquiátrica: a radicalidade ética em defesa da vida. *Polis e Psique*, 2, 16-36.
- Vasconcelos, T. C., Gouveia, V. V., Souza Filho, M. L., Sousa, D. M. F., & Jesus, G. R. (2004). Preconceito e intenção em manter contato social: Evidências acerca dos valores humanos. *Psico-USF*, 9, 147–154.
- Vasconcelos, T. S., & Tróccoli, B. T. (2005). Construção da versão completa do Inventário dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade – ICFP [Resumo]. Em Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (Org.), *II Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica*. Gramado: IBAP.
- Vasconcelos, T. C., Gouveia, V. V., Pimentel, C. E., & Pessoa, V. S. (2008). Condutas desviantes e traços de personalidade: Testagem de um modelo causal. *Estudos Psicológicos (Campinas)*, 25, 55-65.
- Vione, K. C. (2013). *As prioridades valorativas mudam com a idade? Testando as hipóteses de rigidez e plasticidade*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Wolff, G., Pathare, S., Carig, T., & Leff, J. (1996). Community attitudes to mental illness. *The British Journal of Psychiatry*. 168, 183 – 190.

**APÊNDICE**

## APÊNDICE A

### *Escala de Atitudes frente ao Doente Mental (EADM)*

**INSTRUÇÕES:** Por favor, leia cada uma das afirmações a seguir e indique em que medida concorda ou discorda das mesmas. Assinale com um (X) a alternativa que mais corresponde ao que você pensa, utilizando a escala de resposta abaixo.

1	2	3	4	5
<b>Discordo Totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Nem concordo e nem discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Totalmente</b>

- 
- 01** Os doentes mentais precisam de serviço de saúde especializado. **1 2 3 4 5**
- 
- 02** Não me envolveria emocionalmente com um doente mental. **1 2 3 4 5**
- 
- 03** A doença mental impede o indivíduo de viver socialmente. **1 2 3 4 5**
- 
- 04** O doente mental não consegue interagir socialmente. **1 2 3 4 5**
- 
- 05** A família é fundamental no tratamento do doente mental. **1 2 3 4 5**
- 
- 06** Ajudo os familiares do doente mental a compreendê-lo. **1 2 3 4 5**
- 
- 07** As famílias dos doentes mentais são ausentes no tratamento. **1 2 3 4 5**
- 
- 08** Os doentes mentais merecem nosso respeito. **1 2 3 4 5**
- 
- 09** As pessoas deveriam incentivar o doente mental a assumir responsabilidades cotidianas. **1 2 3 4 5**
- 
- 10** Compreendo as necessidades de uma pessoa com doença mental. **1 2 3 4 5**
- 
- 11** Não conseguiria morar com um doente mental. **1 2 3 4 5**
- 
- 12** É necessária uma equipe multidisciplinar para tratar do doente mental. **1 2 3 4 5**
- 
- 13** Não há um tratamento humanizado para o doente mental. **1 2 3 4 5**
- 
- 14** Consigo manter um diálogo com um doente mental. **1 2 3 4 5**
- 
- 15** Deve-se manter o doente mental trancado em hospitais psiquiátricos. **1 2 3 4 5**
- 
- 16** É importante o cuidado dos familiares na recuperação do doente mental. **1 2 3 4 5**
- 
- 17** A internação é o último recurso no tratamento do doente mental. **1 2 3 4 5**
-

<b>18</b>	O doente mental é um perigo para a sociedade.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>19</b>	A loucura é uma característica do doente mental.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>20</b>	Conviver com doente mental requer muita paciência.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>21</b>	O doente mental é um indivíduo agressivo.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>22</b>	É melhor evitar uma pessoa com doença mental.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>23</b>	É vergonhoso discriminar um doente mental.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>24</b>	Mudaria de bairro se tivesse um vizinho doente mental.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>25</b>	Não confio os cuidados de uma criança a um doente mental.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>26</b>	O acolhimento dos vizinhos ajuda no tratamento do doente mental.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>27</b>	O afeto familiar é importante para recuperação do doente mental.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>28</b>	O doente mental é capaz de desenvolver suas tarefas no dia-dia.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>29</b>	Não teria problemas em ter um(a) amigo(a) doente mental.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>30</b>	O doente mental é incapaz de cumprir ordens e/ou regras.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>31</b>	Os hospitais psiquiátricos exercem um importante serviço aos doentes mentais.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>32</b>	Seria voluntário para ajudar no tratamento do doente mental.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>33</b>	O doente mental é uma pessoa perigosa.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>34</b>	Só a medicação não é uma garantia de eficácia no tratamento do doente mental.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>35</b>	Só com remédios os doentes mentais podem ter um tratamento adequado.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>36</b>	O doente mental é uma pessoa dependente.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>37</b>	Tratar de um doente mental é uma tarefa difícil para o profissional.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>38</b>	Uma pessoa que toma psicotrópico (medicação controlada) não é diferente das outras.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>39</b>	Os doentes mentais não devem ser excluídos pela sociedade.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>40</b>	Conviveria sem problemas com um doente mental.	<b>1 2 3 4 5</b>

## APÊNDICE B

### *Questionário sociodemográfico para estudantes universitários*

Para conhescermos um pouco mais sobre você, responda as questões abaixo:

1. Idade: \_\_\_\_\_ Anos
2. Sexo:  Masculino  Feminino
3. Estado Civil:  
 Solteiro(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viúvo(a)  Outro: \_\_\_\_\_
4. Qual sua religião?  
 Católica  Evangélica  Espírita  Não tenho religião  Outra: \_\_\_\_\_
5. Em que medida você se considera religioso?

Nada Religioso	0	1	2	3	4	Totalmente Religioso
----------------	---	---	---	---	---	----------------------

6. Curso: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_
7. Instituição de Ensino:  Pública  Particular
8. Indique a renda familiar aproximada, em reais: R\$ \_\_\_\_\_

9. Em comparação com as pessoas da sua cidade, você diria que sua família é da (circule):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Classe baixa			Classe média				Classe alta		

10. Com quem você mora?  
 Pais  Cônjuge  Amigos  Sozinho  Outros: \_\_\_\_\_

11. Você tem interesse de trabalhar em instituição de Saúde Mental?

Sim  Não

12. Alguém próximo a você apresenta doença mental?  
 Sim  Não

Em caso de resposta afirmativa, qual sua relação com esta pessoa?

Familiar  Amigo  Vizinho  Outros: \_\_\_\_\_

13. Você já fez ou faz uso de alguma medicação de uso contínuo?  
 Sim  Não

Caso sua resposta seja sim, especifique qual a medicação e para qual tratamento:

Medicação: \_\_\_\_\_ Tratamento: \_\_\_\_\_

Núcleo de Pesquisa



bases normativas do comportamento social

CCHL / PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL  
Home-page: <http://vvgouveia.net>

**OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO!**

## APÊNDICE C

### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para estudantes universitários*



#### **UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL BASES NORMATIVAS DO COMPORTAMENTO SOCIAL**

##### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

###### **Prezado(a) colaborador (a),**

Estamos realizando uma pesquisa na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) com o propósito de conhecer as atitudes dos universitários frente ao doente mental. Assim, convidamos o(a) senhor(a) para responder um questionário que trata do assunto. Esta pesquisa está sendo desenvolvida pelo núcleo de pesquisa *Bases Normativas do Comportamento Social*, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia Nunes da Fonsêca, compreendendo parte da dissertação de Gildevan Estrela Dantas.

Para responder a pesquisa com a máxima sinceridade, garantimos que todas as suas respostas serão mantidas em sigilo e serão utilizadas apenas para fins acadêmicos e científicos. Nesta direção, antes de prosseguir, de acordo com o disposto nas resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, é necessário que o(a) senhor(a) aceite participar deste estudo.

Esclarecemos também que a sua participação 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. Sua participação não implicará em risco para a sua saúde física e emocional, bem como o(a) senhor(a) não receberá incentivo econômico por sua colaboração. Além disso, a participação na pesquisa poderá ser interrompida a qualquer momento sem prejuízo para o(a) Senhor(a).

Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário. Por fim, colocamo-nos a sua inteira disposição nos endereços a seguir. Email: [gildevanteo@hotmail.com](mailto:gildevanteo@hotmail.com) e [patynfonseca@hotmail.com](mailto:patynfonseca@hotmail.com).

Sua participação é muito importante e, desde já, agradecemos sua colaboração.

☒-----

Assinando este termo, estou concordando em participar do estudo acima mencionado, sob a coordenação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Patrícia Nunes da Fonsêca, do Programa de Pós-graduação de Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

## APÊNDICE D

### *Questionário Sociodemográfico para os profissionais de saúde*

Para conhecermos um pouco mais sobre você, responda as questões abaixo:

**14.** Idade: \_\_\_\_\_ Anos

**15.** Sexo:  Masculino  Feminino

**16.** Estado Civil:

Solteiro(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viúvo(a)  Outro: \_\_\_\_\_

**17.** Qual sua religião?

Católica  Evangélica  Espírita  Não tenho religião  Outra: \_\_\_\_\_

**18.** Em que medida você se considera religioso?

Nada Religioso	0	1	2	3	4	Totalmente Religioso

**19.** Formação: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

**20.** Natureza da instituição em que trabalha:  pública  particular

**21.** Indique a renda familiar aproximada, em reais: R\$ \_\_\_\_\_

**22.** Em comparação com as pessoas da sua cidade, você diria que sua família é da (circule):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Classe baixa			Classe média				Classe alta		

**23.** Com quem você mora?

Pais  Cônjuge  Amigo  Sozinho  Outros: \_\_\_\_\_

**24.** Você trabalha em instituição de Saúde Mental?

Sim  Não

**25.** Alguém próximo a você apresenta doença mental?

Sim  Não

Em caso de resposta afirmativa, qual sua relação com esta pessoa?

Familiar  Amigo  Vizinho  Outros: \_\_\_\_\_

**26.** Você já fez ou faz uso de alguma medicação de uso contínuo?

Sim  Não

Caso sua resposta seja sim, especifique qual a medicação e para qual tratamento:

Medicação: \_\_\_\_\_

Tratamento: \_\_\_\_\_

**OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO!**

## APÊNDICE E

### ***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para profissionais de saúde***



#### **UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL BASES NORMATIVAS DO COMPORTAMENTO SOCIAL**

##### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Prezado (a) colaborador (a),**

Estamos realizando uma pesquisa na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) com o propósito de conhecer as atitudes dos profissionais de saúde frente ao doente mental. Assim, convidamos o (a) senhor(a) para responder um questionário que trata do assunto. Esta pesquisa está sendo desenvolvida pelo núcleo de pesquisa *Bases Normativas do Comportamento Social*, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia Nunes da Fonsêca, compreendendo parte da dissertação de Gildevan Estrela Dantas.

Para responder a pesquisa com a máxima sinceridade, garantimos que todas as suas respostas serão mantidas em sigilo e serão utilizadas apenas para fins acadêmicos e científicos. Nesta direção, antes de prosseguir, de acordo com o disposto nas resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, é necessário que o(a) senhor(a) aceite participar deste estudo.

Esclarecemos também que a sua participação 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. Sua participação não implicará em risco para a sua saúde física e emocional, bem como o(a) senhor(a) não receberá incentivo econômico por sua colaboração. Além disso, a participação na pesquisa poderá ser interrompida a qualquer momento sem prejuízo para o(a) Senhor(a).

Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário. Por fim, colocamo-nos a sua inteira disposição nos endereços a seguir. Email: [gildevanteo@hotmail.com](mailto:gildevanteo@hotmail.com) e [patynfonseca@hotmail.com](mailto:patynfonseca@hotmail.com).

Sua participação é muito importante e, desde já, agradecemos sua colaboração.

Assinando este termo, estou concordando em participar do estudo acima mencionado, sob a coordenação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Patrícia Nunes da Fonsêca, do Programa de Pós-graduação de Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba.

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

**ANEXO**

**ANEXO A*****Aprovação do Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPB***

## ANEXO B

### *Questionário dos Valores Básico de Valores*

**INSTRUÇÕES.** Leia as afirmações abaixo e indique o quanto cada uma delas é **importante para você**. Faça isso escrevendo um número ao lado de cada valor para indicar em que medida a considera importante, **segundo o que você acha**.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente não Importante	Não Importante	Pouco Importante	Mais ou menos Importante	Importante	Muito Importante	Extremamente Importante

01. **CONHECIMENTO.** Procurar notícias atualizadas sobre assuntos pouco conhecidos; tentar descobrir coisas novas sobre o mundo.
02. **ÊXITO.** Obter o que se propõe; ser eficiente em tudo que faz.
03. **APOIO SOCIAL.** Obter ajuda quando a necessite; sentir que não está só no mundo.
04. **EMOÇÃO.** Desfrutar desafiando o perigo; buscar aventuras.
05. **SEXUALIDADE.** Ter relações sexuais; obter prazer sexual.
06. **PODER.** Ter poder para influenciar os outros e controlar decisões; ser o chefe de uma equipe.
07. **AFETIVIDADE.** Ter uma relação de afeto profunda e duradoura; ter alguém para compartilhar seus êxitos e fracassos.
08. **RELIGIOSIDADE.** Crer em Deus como o salvador da humanidade; cumprir a vontade de Deus.
09. **SAÚDE.** Preocupar-se com sua saúde antes mesmo de ficar doente; não estar física ou mentalmente enfermo.
10. **PRAZER.** Desfrutar da vida; satisfazer todos os seus desejos.
11. **PRESTÍGIO.** Saber que muita gente lhe conhece e admira; quando velho receber uma homenagem por suas contribuições.
12. **OBEDIÊNCIA.** Cumprir seus deveres e obrigações do dia a dia; respeitar seus pais, os superiores e os mais velhos.
13. **ESTABILIDADE PESSOAL.** Ter certeza de que amanhã terá tudo o que tem hoje; ter uma vida organizada e planificada.
14. **CONVIVÊNCIA.** Conviver diariamente com os vizinhos; fazer parte de algum grupo, como: social, esportivo, entre outros.
15. **BELEZA.** Ser capaz de apreciar o melhor da arte, música e literatura; ir a museus ou exposições onde possa ver coisas belas.
16. **TRADIÇÃO.** Seguir as normas sociais do seu país; respeitar as tradições da sua sociedade.
17. **SOBREVIVÊNCIA.** Ter água, comida e poder dormir bem todos os dias; viver em um lugar com abundância de alimentos.
18. **MATURIDADE.** Sentir que conseguiu alcançar seus objetivos na vida; desenvolver todas as suas capacidades.

**ANEXO C**  
*Escala dos cinco grandes fatores Big Five*

**INSTRUÇÕES.** A seguir são apresentadas 20 afirmações que tratam de características pessoais. Leia cada uma com atenção e, utilizando a escala de resposta abaixo, indique o quanto concorda ou discorda com o fato de cada característica descrevê-lo.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente

**Eu me vejo como alguém que...**

01. \_\_\_\_ É conversador, comunicativo.
02. \_\_\_\_ É minucioso, detalhista no trabalho.
03. \_\_\_\_ Insiste até concluir a tarefa ou o trabalho.
04. \_\_\_\_ Gosta de cooperar com os outros.
05. \_\_\_\_ É original, tem sempre novas ideias.
06. \_\_\_\_ É temperamental, muda de humor facilmente.
07. \_\_\_\_ É inventivo, criativo.
08. \_\_\_\_ É prestativo e ajuda os outros.
09. \_\_\_\_ É amável, tem consideração pelos outros.
10. \_\_\_\_ Faz as coisas com eficiência.
11. \_\_\_\_ É sociável, extrovertido.
12. \_\_\_\_ É cheio de energia.
13. \_\_\_\_ É um trabalhador de confiança.
14. \_\_\_\_ Tem uma imaginação fértil.
15. \_\_\_\_ Fica tenso com frequência.
16. \_\_\_\_ Fica nervoso facilmente.
17. \_\_\_\_ Gera muito entusiasmo.
18. \_\_\_\_ Gosta de refletir, brincar com as ideias.
19. \_\_\_\_ Tem capacidade de perdoar, perdoa fácil.
20. \_\_\_\_ Preocupa-se muito com tudo.