Alexandre Andrade Loch

**Estereótipos e crenças relacionadas à esquizofrenia: um levantamento
comparativo entre profissionais de saúde mental e a população geral do Brasil**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Ciências

Programa de Psiquiatria
Orientador: Prof. Dr. Wang Yuan Pang

São Paulo

2013

Alexandre Andrade Loch

**Estereótipos e crenças relacionadas à esquizofrenia: um levantamento
comparativo entre profissionais de saúde mental e a população geral do Brasil**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de
São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Psiquiatria
Orientador: Prof. Dr. Wang Yuan Pang

São Paulo

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Loch, Alexandre Andrade

Estereótipos e crenças relacionadas à esquizofrenia : um levantamento comparativo entre profissionais de saúde mental e população geral do Brasil / Alexandre Andrade Loch. -- São Paulo, 2013.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.

Orientador: Wang Yuan Pang.

Descritores: 1.Esquizofrenia 2.Estigma social 3.Pessoal de saúde 4.Preconceito

À minha esposa, pela confiança, compreensão e apoio

Às minhas filhas, pela alegria e pelo carinho

À minha mãe, à minha irmã e à minha família pela formação

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Wagner Farid Gattaz, mentor do projeto, propagador dos excelentes resultados e incentivador de novas idéias.

Ao Prof. Dr. Wulf Rössler, pelo suporte internacional.

À Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda., que patrocinou inteiramente este estudo.

À Associação Brasileira de Psiquiatria, pela oportunidade de realização do projeto durante o Congresso Brasileiro de Psiquiatria.

À IBOPE Inteligência, pela condução primorosa da coleta de dados.

Ao Fabio Lorea Lawson e Francisco Guarniero, pela cooperação na elaboração e condução do projeto.

Ao Dr. Michael Pascal Hengartner, pelo apoio estatístico.

Ao Dr. Martinus van de Bilt, pela amizade e pelo apoio.

Ao Dr. Wilson Castello de Almeida, pela estrutura e pelas sábias palavras.

Ao Dr. Geraldo Massaro, e à Dra. Beatriz Paraguai, pela sabedoria e pelas bases.

À Elisa Fukushima e à Isabel Ataíde, pelo suporte através da Pós-Graduação.

Agradecimento especial

Ao meu orientador, Prof. Dr. Wang Yuan Pang, por toda dedicação e investimento,
pela parceria e pelo tempo dispensado para o meu crescimento científico e
intelectual.

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA	7
2.1. Definindo o estigma.....	7
2.2. Rótulos, estereótipos, preconceito e discriminação: manifestações do estigma	11
2.3. O estigma da doença mental	14
2.4. Estudos internacionais sobre o estigma da esquizofrenia e dos transtornos psiquiátricos em geral	16
2.5. Estudos brasileiros sobre o estigma da esquizofrenia.....	23
3. OBJETIVOS	27
4. MÉTODOS	29
4.1. Amostragem	29
4.1.1. Psiquiatras	29
4.1.2. População geral	29
4.2. Procedimentos	32
4.2.1. Psiquiatras	32
4.2.2. População geral	32
4.3. Instrumentos	33
4.3.1. Particularidades do instrumento para os psiquiatras	33
4.3.2. Particularidades do instrumento para a população geral	33
4.3.3. Instrumento.....	35
4.3.4. Ética e Financiamento.....	37
5. PSQUIATRAS E O ESTIGMA DA ESQUIZOFRENIA	39
5.1. Descrição da amostra e das respostas aos questionários de estigma	39
5.2. Pontuações médias em cada dimensão de estigma para os psiquiatras.....	45
5.2.1. Estatística	45
5.2.2. Resultados	46
5.2.3. Discussão	47
5.3. Determinantes de estigma nos psiquiatras	49
5.3.1. Estatística	49
5.3.2. Resultados	51
5.3.3. Discussão	52

5.4.	Perfis de estigma entre os psiquiatras.....	54
5.4.1.	Estatística.....	54
5.4.2.	Resultados.....	56
5.4.3.	Discussão.....	62
6.	A POPULAÇÃO GERAL E O ESTIGMA DA ESQUIZOFRENIA	65
6.1.	Descrição da amostra e das respostas aos questionários de estigma	65
6.2.	Pontuações médias em cada dimensão de estigma para a população geral	72
6.2.1.	Estatística.....	72
6.2.2.	Resultados.....	72
6.2.3.	Discussão.....	72
6.3.	Fatores que influenciam o estigma que a população geral atribui ao indivíduo com esquizofrenia	74
6.3.1.	Estatística.....	74
6.3.2.	Resultados.....	76
6.3.3.	Discussão.....	78
6.4.	Perfis de estigma na população geral	79
6.4.1.	Estatística.....	79
6.4.2.	Resultados.....	81
6.4.3.	Discussão.....	87
7.	COMPARANDO CRENÇAS PRECONCEITUOSAS ACERCA DA ESQUIZOFRENIA ENTRE PSQUIATRAS E ENTRE A POPULAÇÃO GERAL	93
7.1.	Estatística.....	93
7.2.	Resultados.....	94
7.3.	Discussão.....	97
8.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	105
9.	CONCLUSÕES	107
10.	REFERÊNCIAS.....	109

APÊNDICES

Apêndice I – Instrumento de pesquisa (versão população geral)

Apêndice II – Escala de religiosidade de Duke – DUREL

Apêndice III – Itens da escala de Bogardus de distância social

Apêndice IV – Loch et al., 2011. Psychiatrists stigma towards individuals with schizophrenia. Rev Psiquiatr Clin, 38(5):173-7.

Apêndice V – Loch et al., 2012. The more information, the more negative stigma towards schizophrenia: Brazilian general population and psychiatrists compared. *Psychiatry Res*, 205:185-191.

Apêndice VI – Loch et al., 2013. Stigma toward schizophrenia: do all psychiatrists behave the same? Latent profile analysis of a national sample of psychiatrists in Brazil. *BMC Psychiatry*, 13:92.

Apêndice VII – Loch et al., 2013. Patterns of stigma towards schizophrenia among the general population. A latent profile analysis. *Int J Soc Psychiatry* (aceito para publicação).

Apêndice VIII – Loch, 2012. Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization. São Paulo public mental health system. *Rev Bras Psiquiatr*, 34:185-192.

Apêndice IX – Hengartner et al., 2012. Attitudes of mental health professionals towards persons with schizophrenia: a transcultural comparison between Switzerland and Brazil. *Rev Psiq Clin*, 39(4):115-21.

Apêndice X – Hengartner et al., 2013. Public stigmatization of different mental disorders: a comprehensive attitude survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 22(3):269-74.

RESUMO

Loch AA. *Estereótipos e crenças relacionadas à esquizofrenia: um levantamento comparativo entre profissionais de saúde mental e a população geral do Brasil* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013.

O presente estudo avaliou o estigma relacionado à esquizofrenia em duas amostras no Brasil: uma amostra de psiquiatras que estavam frequentando o XXVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, e uma amostra representativa da população geral do Brasil. Os objetivos do estudo foram: (1) avaliar o estigma da esquizofrenia na população geral e nos psiquiatras brasileiros; (2) analisar quais variáveis correlacionam-se com as medidas de estigma da esquizofrenia estudadas; (3) analisar se as amostras se comportam de maneira homogênea ou se há perfis diferentes de crenças estigmatizantes; (4) comparar psiquiatras e população brasileira com relação às suas crenças relacionadas à esquizofrenia. Com relação à amostra de psiquiatras, 1414 psiquiatras foram recrutados durante o XXVII congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em São Paulo em 2009. Para a amostra de população geral, 2001 indivíduos representativos da população do Brasil foram escolhidos pelos métodos probabilístico e semi-probabilístico. Um instrumento avaliando quatro dimensões de estigma foi aplicado: atribuição de estereótipos, desejo por distância social, restrições a direitos civis e preconceito percebido. Para os psiquiatras, este instrumento foi aplicado face-a-face; antes da aplicação do instrumento foi dito que deviam responder ao mesmo pensando em uma pessoa com esquizofrenia. Para a população geral, o mesmo instrumento foi aplicado através de entrevistas telefônicas. Para a população, antes da aplicação do instrumento cinco diferentes vinhetas foram lidas. Quatro vinhetas descreviam casos clínicos de acordo com o DSM-IV (depressão, esquizofrenia, dependência de álcool, dependência de substâncias), e uma vinheta agia como controle (“indivíduo estressado”). Após a leitura da vinheta pedia-se que o participante opinasse se ela se tratava de um caso de distúrbio psiquiátrico, e se sim, qual. Para a amostra final da população geral, apenas os indivíduos designados para a vinheta de esquizofrenia (n=1015) foram escolhidos. Como resultado tivemos que tanto a população geral quanto os psiquiatras apresentam em média um grande preconceito contra pessoas com esquizofrenia. Observamos que para os psiquiatras três perfis de estigma estiveram presentes: benevolentes, imparciais e discriminadores. O perfil “discriminadores” foi o que conteve mais indivíduos. Para a população geral, quatro perfis de estigma foram observados: benevolentes, imparciais, rotuladores e discriminadores. O perfil “discriminadores” novamente foi o que conteve mais indivíduos. Comparando-se as duas populações, viu-se que o estigma variou de acordo com o conhecimento: a população geral que não identificou a vinheta como esquizofrenia apresentou o menor estigma, seguida pelos que reconheceram ser uma doença psiquiátrica, e pelos que identificaram tratar-se de um caso de esquizofrenia. Os psiquiatras, por sua vez, foram os que pontuaram mais alto nas escalas de estigma. Assim, nosso estudo mostra que o estigma atrelado aos indivíduos com esquizofrenia é alto no Brasil. Além disso, os psiquiatras foram os que mais apresentaram crenças estigmatizantes, quando comparados com a população geral. Desta forma, fazem-se necessárias medidas de combate ao preconceito de pessoas com esquizofrenia. Tais medidas devem atingir

principalmente os profissionais de saúde mental, como os psiquiatras, já que esta classe profissional é formadora de opinião em assuntos de saúde mental.

Descritores: Esquizofrenia; Estigma Social; Pessoal de Saúde; Preconceito; População

ABSTRACT

Loch AA. *Stereotypes and beliefs related to schizophrenia: A comparative study between mental health professionals and the general population of Brazil* [Thesis] . Sao Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2013.

The present study evaluated the stigma related to schizophrenia in Brazil in two samples: a sample of psychiatrists who were attending the XXVII Brazilian Congress of Psychiatry, and a representative sample of the general population of Brazil. The study objectives were: (1) to assess the stigma of schizophrenia in the general population in Brazil and in Brazilian psychiatrists; (2) to analyze which variables are correlated with the four measures of stigma of schizophrenia studied; (3) whether the samples behave homogeneously or if there are different profiles of prejudiced beliefs; (4) to compare psychiatrists and general population regarding their prejudiced beliefs related to schizophrenia. With regard to the sample of psychiatrists, 1414 psychiatrists were recruited during the XXVII Brazilian Congress of Psychiatry, held in São Paulo in 2009. For the general population sample, 2001 individuals representative of the general population of Brazil were chosen by probabilistic and semi-probabilistic methods. An instrument assessing four dimensions of stigma was applied: stereotypes assignment, desire for social distance, restrictions on civil rights and perceived prejudice. For psychiatrists, this instrument was used face-to-face; before the application of the instrument psychiatrists were told that they should answer it regarding a person with schizophrenia. For the general population, the same instrument was administered via telephone interviews. For the population, prior to the application of the instrument 5 different vignettes were read. Four vignettes described clinical cases according to DSM-IV (depression, schizophrenia, alcohol dependence, substance dependence), and a vignette acted as control ("stressed individual"). After reading the vignette, participants were asked if the vignette was a case of psychiatric disorder, and if so, which. For the final sample of the general population, only individuals assigned to the schizophrenia vignette were chosen (n=1015). Regarding the results, both general population and psychiatrists had on average a great level of prejudice against people with schizophrenia. We have noted that for psychiatrists three profiles of stigma were present: benevolent, impartial and discriminators. The profile "discriminators" was the one which contained most individuals. For the general population, four profiles of stigma were observed: benevolent, impartial, labelers and discriminators. The profile "discriminators" again was the one that contained most individuals. Comparing the two populations, it was seen that stigma varied according to knowledge: the general population who did not identify the vignette as a case of psychiatric disorder had the lowest stigma, followed by those who recognized the vignette as a psychiatric illness, followed by those who identified the vignette as a schizophrenia case. Psychiatrists, in turn, were those who on average scored higher on the stigma scales. Our study shows that the level of stigma linked to individuals with schizophrenia is high in Brazil. In addition, psychiatrists had the most stigmatizing beliefs when compared with the general population. Thus, it becomes necessary to combat prejudice towards people with schizophrenia. Such measures

should affect mainly the mental health professional, such as psychiatrists, since this professional class usually acts as opinion leaders and role models for the society.

Keywords: Schizophrenia, Social Stigma, Health Personnel; Prejudice; Population

1. INTRODUÇÃO

A psiquiatria é uma disciplina relativamente nova dentro da medicina, com quase dois séculos de idade. Quando falamos do nascimento da psiquiatria, duas referências principais podem ser citadas: “A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac”, de Edward Shorter¹, e “A História da Loucura”, de Michel Foucault².

A obra de Shorter inicia-se descrevendo como os quadros que hoje são classificados como psiquiátricos eram tratados antigamente, em um mundo onde não existia a psiquiatria: como eram diagnosticadas e tratadas as pessoas com depressão, com ansiedade, com psicose, se é que elas eram tratadas? O autor divide os transtornos em dois grandes grupos; o primeiro deles são os chamados distúrbios psiquiátricos menores. Eles correspondem às ditas neuroses, a quadros depressivos e ansiosos, e eram passíveis de abordagem médica. Inicialmente eram tratados por clínicos gerais e por neurologistas. O outro grupo consistia nos distúrbios psiquiátricos maiores, englobando predominantemente os quadros psicóticos e também possivelmente os de retardo mental; para tais distúrbios não havia intervenção. Assim existia em geral um temor do indivíduo de ser incluído no grupo dos distúrbios psiquiátricos maiores, já que dele faziam parte os alienados, os loucos, os psicóticos. Este temor inclusive foi o que motivou esta separação arcaica dos distúrbios em dois grandes grupos. Apesar de ambos tratarem de alterações do funcionamento da mente, havia uma preocupação de separar aqueles que por algum motivo perdiam o contato com a realidade através dos sintomas psicóticos como delírios e alucinações, daqueles que sofriam de alterações “menores” como as de humor. Para estes últimos havia um *status* de uma doença médica, passível de intervenção; pessoas com distúrbios psiquiátricos menores eram encaminhadas a *spas* onde deviam se banhar com sais terapêuticos. Chás e outras ervas medicinais faziam parte do arsenal terapêutico que servia para curar tais patologias da mente. No entanto para os distúrbios psiquiátricos maiores não havia intervenção, não havia o que fazer. Desta forma, os assim chamados “lunáticos” tinham dois destinos: ou

eram cuidados pela família, onde na grande parte das vezes eram tratados como animais, sendo trancafiados em porões, celeiros e locais semelhantes, ou eram soltos nas ruas onde perambulavam sem destino, muitas vezes até peregrinando de cidade a cidade. Posteriormente criaram-se, em alguns países, os asilos tradicionais. Apesar de na França vários levarem o nome de *hospitaux generaux*, tais estabelecimentos eram instituições meramente custodiais. Não havia qualquer proposta terapêutica para estes pacientes, o objetivo era tão somente o de isolá-los da sociedade. Shorter aponta o nascimento da psiquiatria no momento em que tais instituições começam a ser concebidas como locais que podem ser terapêuticos para estes pacientes. Em linhas gerais, a possibilidade de intervenção sobre psicóticos, nestes estabelecimentos, habilita a existência de uma disciplina encarregada desta terapêutica, um ramo da medicina que possa dar conta das afecções que atingem a mente do indivíduo em estado de alienação mental: a psiquiatria. Será apenas *a posteriori* que esta recém-criada psiquiatria vai reivindicar para si também os transtornos psiquiátricos menores, cuidados por clínicos gerais e por neurologistas.

Já em “A História da Loucura” Foucault realiza uma espécie de arqueologia da alienação. Na visão de Foucault, a loucura passa de uma experiência que poderia ser considerada como artística ou esotérica no Renascimento, para se constituir em alvo da razão crítica. A razão é utilizada em antagonismo à loucura; destaca-a então de um pensamento normal da sociedade e a segrega. A loucura passa a ser vista como caos, como desordem, e gera-se um sentimento de ojeriza a ela. Tal segregação fica mais patente e é concretizada com o início das instituições oficiais encarregadas de dar conta na prática desta separação; os asilos e hospitais gerais mencionados acima. Um importante fator mencionado por Foucault, que nesta época conflui com a criação dos asilos, e que vai ser sempre retomado e lembrado por aqueles que estudam o preconceito de forma geral, é o fato de que uma sociedade sempre tenderá a segregar determinado grupo social. Foi assim que na Idade Média e no Renascimento constituíram-se os grandes “hospitais” com propósito de separar os leprosos da sociedade. Com o fim da epidemia da doença, ou pelo menos com a diminuição do número de indivíduos contagiados, restou, segundo o autor, um grande vazio a ser preenchido. O lugar da separação, da segregação, foi desocupado, e fez-se necessário que outro grupo assumisse este papel. Assim foi em momento

oportuno que os loucos, alienados ou psicóticos, com seus sintomas que simbolizam o descompasso com o pensamento e a vivência comum da sociedade, ocuparam este lugar; é o que Foucault chama de a grande internação. Ocupam-se os hospitais com os alienados para dar conta do grande vazio que surgiu com a saída dos leprosos. Ressalta ainda que não só os alienados são internados, mas também aqueles que fogem à norma da sociedade: mendigos, amputados, aqueles moralmente defeituosos, etc. É apenas em um momento posterior que os alienados são observados como portadores de uma patologia passível de algum tipo de intervenção terapêutica, momento no qual nasce a psiquiatria.

Apesar de ambas as obras se embasarem profundamente em relatos históricos, cada qual toma uma direção diferente; a primeira enaltece a psiquiatria e fundamenta definitivamente a disciplina como ciência médica; a segunda injustamente critica a sua existência, tendo fomentado diversos movimentos anti-psiquiátricos. Mesmo apesar da grande discrepância entre as visões de cada uma, elas concordam em um ponto: a existência do preconceito contra o doente mental, até mesmo antes do surgimento da psiquiatria.

Hoje evidentemente o conceito de loucura foi refinado, e termos como lunático ou alienado foram trocados. Presume-se que os distúrbios psiquiátricos maiores, como descreve Shorter, teriam sido em grande parte quadros psicóticos, mais provavelmente dentro do que hoje nomeamos de esquizofrenia. Assim, a “loucura” da época da grande internação, representada por pessoas “alienadas” ouvindo vozes, conversando sozinhas, fugindo de algo que só elas acreditavam, é em grande parte associada ao diagnóstico atual de esquizofrenia. Hoje sabemos que sintomas psicóticos podem ocorrer, evidentemente que em proporção bem menor, na maioria dos diagnósticos psiquiátricos³; no entanto, a esquizofrenia continua sendo o quadro representativo da psicose, ou da “loucura” de outrora (como veremos mais adiante, até mesmo o preconceito contra a “loucura” foi transferido desta entidade para a esquizofrenia⁴).

E em que pé estamos na pesquisa sobre os indivíduos com este transtorno hoje? A pesquisa na esquizofrenia passou por grandes reviravoltas ao longo destes

quase dois séculos de existência da psiquiatria. Inicialmente teorias que defendiam uma etiologia sumamente genética foram elaboradas⁵, enquanto que outros autores argumentavam ser a esquizofrenia uma doença de causação exclusivamente psicológica; resultado, por exemplo, de uma mãe “esquizofrenogênica”⁶. Paralelamente os conceitos de causação de doença em psiquiatria também foram sofrendo alterações; originariamente constituíram-se os partidarismos, o biológico versus o psicológico⁷. Depois se passou para o modelo politicamente correto do bio-psico-social que apaziguava os ânimos de todos, mas que pouco explicava; qual o papel do bio? Qual o papel do psico? Qual o papel do social? Na realidade era um modelo pluralista onde o mesmo paciente poderia ser compreendido de diferentes formas, formas estas desconexas e muitas vezes não comunicantes. Até passarmos para o modelo integracionista de hoje, fundado após a descoberta de Eric Kandel de que o ambiente influencia ativamente o funcionamento biológico do sistema nervoso central; a descoberta da neuroplasticidade⁸. O achado, que mereceu o prêmio Nobel em Medicina, acaba com partidarismos para fundir todos os conhecimentos em um modelo translacional, onde o próximo passo é entender por quais mecanismos biológicos o ambiente exerce efeito na biologia cerebral, e qual o resultado final desta interação. Destacam-se neste campo os estudos ditos *gene-environment*, que procuram estabelecer esta ponte; de um lado os genes, estruturas eminentemente biológicas; do outro o ambiente. No meio, e como resultado desta interação, o cérebro humano. Percebe-se assim que a psiquiatria deu enormes saltos como ciência e que hoje compreendemos o cérebro de uma maneira que não imaginávamos compreender há um século atrás. O conhecimento em esquizofrenia acompanhou este avanço, e a pesquisa translacional é intensa neste campo; hoje discussões profundas sobre endofenótipos, sobre a heterogeneidade da síndrome e reformulações deste conceito, baseadas em achados biológicos, estão sendo conduzidas⁹. Mas diante de todo este avanço científico e tecnológico acerca do transtorno, o estigma ruim relacionado à esquizofrenia, presente antes mesmo do surgimento da psiquiatria, foi também estudado? Sobretudo, ao longo de todos estes anos houve alguma intervenção para que fosse extinto? Ou seja, além destes indivíduos estarem sendo mais bem tratados por medicações mais eficazes, terapias mais bem estruturadas, a sociedade também os tem tratado com menos preconceito?

De 1920 até 1980 há pouco mais de 30 estudos indexados no Pubmed sobre o estigma relacionado à doença mental. A maior parte deles envolve amostras pequenas, sendo estudos com pouco aprofundamento sobre o tema. Uma grande atenção à questão do estigma vai ser dada apenas ao final dos anos 80 e início dos anos 90, com a publicação de grandes estudos transversais. Para a surpresa (ou não) do leitor, o que estes estudos demonstraram é que mesmo diante de toda a melhora no manejo medicamentoso e psicoterápico estes pacientes, a sociedade permanece tratando os indivíduos com a doença com discriminação¹⁰.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Definindo o estigma

A palavra “estigma” vem do verbo grego arcaico στίγ, que significa perfurar, picar, marcar uma superfície, ato frequentemente acompanhado de dor e aflição; o στίγμα representa a marca distintiva resultante desta prática. Os gregos frequentemente utilizavam este recurso visual, marcando criminosos, escravos e traidores com cortes ou queimaduras, para que a sociedade evitasse tais pessoas, principalmente em ambientes públicos. Mais tarde, na idade média, duas metáforas foram adicionadas ao significado de estigma: uma delas constituía-se nos sinais de graça divina que surgiam na pele das pessoas abençoadas. Por meio destes sinais reconheciam-se pessoas com dons e dádivas divinas, pessoas agraciadas. Outro significado foi também agregado pela medicina, e faz menção às marcas corpóreas características de doenças peculiares; indivíduos que nasciam com determinada doença genética, doença que poderia ser reconhecida por estigmas específicos, por exemplo. Recentemente, com o crescimento exponencial da pesquisa em estigma, o conceito ficou bastante difundido e o termo ganhou uma variedade enorme de definições, uma vez que ele é utilizado para estudar a discriminação em pessoas com incontinência urinária, em profissionais de dança exótica, em indivíduos com câncer e em pessoas com distúrbios mentais, por exemplo¹¹. Para o corrente estudo, a acepção de estigma que utilizaremos é a primeira, oriunda dos gregos e muito utilizada na sociologia; o estigma social. Doravante utilizaremos apenas a palavra “estigma”, referindo-se com ela ao estigma social. Definiremos agora com mais precisão o que é o estigma.

Se inicialmente o estigma denotava exclusivamente a marca física realizada em pessoas que deviam ser evitadas, com o passar o tempo o termo passou a designar também um atributo, um comportamento ou uma reputação censurável, referindo-se aos desmerecedores de crédito social. Carregar um estigma é ser qualificado por outros membros da sociedade como tendo uma imagem indesejável e pejorativa.

Assim, o termo expandiu-se da marca física para a marca social. Mas como devemos entender esta marca social?

O ser humano possui uma variedade enorme de comportamentos, de códigos sociais, de códigos de vestimenta, de maneiras de se expressar (línguas e dialetos), e assim por diante. Assim, é impossível que concebamos cada indivíduo com o qual nos deparamos em sua total singularidade; ou seja, é inviável que guardemos todas as informações que recebemos de uma determinada pessoa como informações únicas, singulares e particulares dela. Ou seja, João, com aquele chapéu que é só dele, com aquela maneira específica de falar, com aquele jeito de se vestir que só ele tem, com aquele comportamento único que apenas a ele pertence. É natural que categorizemos as informações sociais que recebemos da pessoa, e que a incluamos em grupos. Isso simplifica a impressão que temos do outro, e facilita o estabelecimento de modos de comunicação. Assim João, com toda a sua singularidade que potencialmente geraria um número enorme de informações, passa a ser o João italiano, por exemplo. Ou João rico, João pobre, João engenheiro, João advogado, João chefe, João colega de trabalho, e assim por diante. Com um intuito econômico, o de sintetizar informações acerca da inúmera variedade de pessoas com as quais nos defrontamos, categorizamos as pessoas, as agrupamos. Além disso, acerca destas categorias Erving Goffman¹² observa que

A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm a probabilidade de serem neles encontradas.

Assim, quando nos deparamos com um estranho, observamos seus sinais e atributos e com estes o incluímos em determinada categoria socialmente dada. Esta categoria nos permite que interajamos com outras pessoas sem uma atenção ou reflexão particular sobre aquele indivíduo. Caso elas não existissem, precisaríamos, a cada novo indivíduo, como que “decifrar” o código social que ele nos apresenta, para aí podermos nos relacionar de acordo com aquele código.

No entanto, invariavelmente tais categorias criam em nós expectativas, na maior parte das vezes inconscientes. Assim, impugnamos àquele indivíduo uma série de normas e diretrizes que fazem parte do conjunto de atributos da categoria a qual

nós o encaixamos. Estas expectativas constituem então, para este indivíduo, a sua identidade social virtual¹². No entanto, às características e atributos que ele realmente apresenta, damos o nome de identidade social real.

Sobre uma eventual disparidade entre as duas identidades, escreve Goffman¹²

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável – num caso extremo uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considera-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma franqueza, uma desvantagem – e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real.

Portanto, o estigma envolve dois aspectos: inicialmente trata-se de uma discrepância entre o que esperamos daquele indivíduo e o que ele realmente apresenta (identidade social virtual *versus* identidade social real). Se nos frustramos por percebermos que determinado indivíduo apresenta um atributo que não condiz com aquela categoria à qual ele mais se enquadraria, podemos mentalmente marcar este atributo como um estigma. Este atributo adquire uma conotação negativa; esta negatividade então não se restringe apenas à característica pessoal, mas contamina o ser do indivíduo por completo. Passamos então a estigmatizar aquele indivíduo, por expansão do atributo indesejado à sua personalidade toda. A segunda característica, na proposição sociológica, é que este estigma deve ter esta qualidade negativa. Esta qualidade vai se tornar negativa em termos relacionais, e não absolutos.

Assim sendo, um atributo que gera o estigma em alguém em determinados círculos sociais pode ser característico de uma normalidade em outros círculos. Por exemplo: sabe-se que alguns cargos exigem alto grau de escolaridade. Isso pode levar pessoas que não têm tais titulações a esconder sua baixa instrução. Por outro lado, em outros cargos que façam poucas exigências acadêmicas, pessoas altamente tituladas podem também esconder sua formação, por entenderem que os outros perceberão sua situação peculiar como um fracasso¹².

Como resultado disso, temos que o estigma diz respeito às relações: 1) primeiramente a relação de incongruência entre identidade social virtual e identidade

social real, incongruência esta que pode ser marcada por um determinado atributo díspar. 2) Em segundo lugar à relação entre este atributo incongruente e o valor que é dado a este atributo naquele cenário. A incongruência na primeira relação, e uma conotação negativa ao atributo discrepante na segunda relação fazem surgir o estigma.

Por último, cabe notar também que este processo dinamicamente pode se dar de duas maneiras. No primeiro modo de geração do estigma, conforme descrito acima, um indivíduo é estigmatizado quando ele não corresponde a uma determinada categoria social esperada (frustração). Estigmatiza-se um cadeirante ao não se construir uma rampa de acesso a um banco, não incluindo pessoas com deficiência física na categoria de cidadãos; imagina-se que este atributo (a deficiência física, o estigma) não é esperado para os cidadãos medianos e é merecedor de descrédito social (deficientes físicos não podem entrar no banco). No segundo processo de estigma o inverso ocorre; pode-se também estigmatizar uma pessoa, por exemplo, ao inclui-la inapropriadamente em categorias aprioristicamente carregadas de descrédito e de desvalor social, e ao imputar-lhe conseqüentemente características estigmatizantes. Pode-se estigmatizar uma pessoa com depressão incluindo-a em categorias já estabelecidas, e socialmente desvalorizadas como “alienados”, “loucos”, “desvairados”, “insanos”, e pensar que elas são pessoas perigosas, imprevisíveis, etc. (atributos netavivos) (Figura 1).

Figura 1 – Os dois mecanismos de geração de estigma

Como veremos adiante, para o indivíduo com transtorno mental, o estigma pode se dar pelo segundo processo ao incluí-lo na categoria de “esquizofrênico”, de “doente mental”, historicamente já carregada de qualidades ruins. O estigma ocorre também pelo primeiro processo ao se perceber os sintomas dos indivíduos com esquizofrenia, e desqualificar estes indivíduos excluindo-os da categoria dos “normais”.

2.2. Rótulos, estereótipos, preconceito e discriminação: manifestações do estigma

Definido o estigma, partimos agora para a delimitação de suas manifestações. Quando investigamos o processo de estigma nos distúrbios psiquiátricos, quatro diferentes aspectos devem ser levados em conta^{13, 14}. O primeiro deles são os rótulos.

Os rótulos são as categorias sociais, definidas anteriormente. A maior parte das diferenças entre os seres humanos passa despercebida em um encontro casual, sendo socialmente irrelevantes (cor do cabelo, altura, etc.). Outras diferenças, no entanto, chamam a atenção e vão adquirir saliência dependendo da cultura onde o indivíduo se encontra, constituindo categorias, rótulos (preferência sexual: gays e heterossexuais; cor da pele: brancos e negros). Assim, rótulos são criados pelas sociedades para delimitar certas diferenças entre indivíduos. Tais diferenças podem ficar salientes também dependendo da época em que vivemos; assim, por exemplo, o termo TDAH tornou-se saliente mundialmente de uns anos para cá. Da mesma forma, a “bipolaridade” também tem ficado bastante saliente no Brasil. Quantas pessoas leigas vemos se automeando como “bipolares”, ou dizendo a conhecidos “Você é bipolar!” hoje em dia? Ambos os termos mal eram conhecidos pela população geral na década passada. Assim os rótulos são nomes de categorias que incluem pessoas às quais se estabelece algum tipo de diferença que é percebida como saliente.

O segundo componente do estigma são os estereótipos. Os estereótipos são os aspectos do estigma mais estudados na psicologia social dos dias de hoje^{15, 16}. Eles são unidades de informações, utilizadas com o intuito de sintetização, e estão ligados aos rótulos no processo de estigma. A partir do momento que uma pessoa é rotulada,

atrelam-se a este rótulo (e à pessoa) estereótipos negativos. Um experimento clássico conduzido por Link¹⁷, em 1987, ilustrou bem esta idéia; quando uma vinheta descrevendo o comportamento de uma pessoa rotulada como “ex-paciente de lombalgia” era lida, os participantes da pesquisa tendiam a conceber aquela pessoa como um indivíduo comum. No entanto, quando a mesma vinheta era lida e o rótulo de “ex-paciente psiquiátrico” era designado, os participantes tendiam a pensar que a pessoa da vinheta era perigosa. Assim, inicialmente rotula-se o indivíduo, e depois atribui-se características negativas a ele; atribui-se estereótipos negativos. Vale ressaltar que os estereótipos nem sempre são negativos; eles podem representar características positivas. Pensar que o grupo “atletas” em geral evoca o estereótipo de “saudáveis”, por exemplo.

Os dois componentes anteriores do estigma dizem respeito à informação. Com rótulos se categorizam pessoas; com estereótipos se qualificam as pessoas rotuladas com atributos negativos. Os dois componentes seguintes são as consequências a essas organizações de informação. Passamos agora para componentes ideativos e comportamentais mais distintos, dando continuidade ao processo de separação entre “nós” e “eles”, conforme afirmam Phelan e Link¹¹.

O preconceito é o terceiro aspecto do estigma. O preconceito direciona-se a grupos de pessoas, ou a pessoas em particular, por elas pertencerem a este determinado grupo (rótulo). Ele constitui-se em emoções e crenças direcionadas a este indivíduo ou grupo, que direta ou indiretamente implica em algum grau de negatividade ou antipatia a este grupo ou pessoa. Assim, no processo de estigma alguém pode ter medo ou desconfiança (preconceito) de um doente mental (rótulo), por achar que ele é perigoso ou imprevisível (estereótipos). Pode-se acreditar que tais pessoas são más, ou que têm algum desvio moral, sendo a doença mental uma consequência destes desvios¹⁸.

Por último, o quarto aspecto do estigma é a discriminação. Ela refere-se aos comportamentos que alguém pode ter frente ao indivíduo estigmatizado^{11, 14}. Assim, mudar de calçada, não deixar que determinada pessoa entre em um elevador social, não permitir a entrada em determinados ambientes como restaurantes e lojas são atos discriminativos. Sabe-se que este componente pragmático do estigma é um dos mais devastadores, levando os grupos estigmatizados a ficarem em desvantagem com

relação às oportunidades gerais de vida, como salários, educação, bem-estar social, moradia, tratamento médico, etc.^{19,20}.

Com relação aos três últimos aspetos do estigma que descrevemos, os estereótipos, o preconceito e a discriminação, podemos ainda coloca-los em duas esferas de estigma, levando-se em conta agora as relações entre estes componentes do estigma e a população afetada: são elas o estigma público e o auto-estigma (Figura 2)²¹. O estigma público é a reação que a população geral tem em relação à pessoa ou grupo estigmatizado. Crê-se, por exemplo, que as pessoas com distúrbios psiquiátricos são violentas, menos inteligentes e imprevisíveis (estereótipos públicos). Quando a população se depara com estas pessoas, surgem sentimentos de medo e de desvalor (preconceito público). Recusam-se vagas de empregos e outras oportunidades sociais a estas pessoas (discriminação pública). Por outro lado, um indivíduo com distúrbio psiquiátrico pode assimilar os estereótipos que lhes são outorgados pela sociedade (autoestereotipagem). Acreditando ser de fato menos inteligente e crendo pensar que outras pessoas o têm como alguém perigoso, sente-se desvalorizado, impotente e com baixa autoestima (autopreconceito). Desta forma, deixa de procurar empregos, deixa de realizar o seu tratamento por se achar incapaz ou para evitar situações constrangedoras onde o seu teórico “estigma” ficará visível a outros membros da sociedade (autodiscriminação).

Finalmente, vale citar também o estigma por coligação ou por associação (*courtesy stigma*)¹². Este “contamina” todos aqueles que estão ao redor do indivíduo estigmatizado, gerando efeitos negativos a ambos. Famílias de doentes mentais, por exemplo, sofrem com o estigma por coligação através do medo, da perda da autoestima familiar, da vergonha, da segregação, da desconfiança, da raiva, da impotência, da desesperança e do desamparo. Sentimentos todos estes gerados e reforçados pela sociedade, ao perceberem que determinada família tem um doente mental entre seus integrantes²². O preconceito e a discriminação não se limitam apenas ao integrante, mas expandem-se também para seus familiares. Para os profissionais de saúde mental, por exemplo, o estigma por associação os contamina com um senso de que eles próprios seriam vistos como mentalmente anormais; conseqüentemente os tratamentos psiquiátricos são criticados e vistos com suspeita e repugnância, inclusive por outros profissionais médicos de outras áreas²³.

Figura 2 – O estigma e suas manifestações no público e no indivíduo

Estigma público: reação do público geral com o portador de transtorno mental	
Estereótipo	Crença negativa sobre um grupo (Ex.: periculosidade, incompetência, fraqueza de caráter)
Preconceito	Concordância com crença e ou reação emocional negativa (Ex.: raiva, medo)
Discriminação	Resposta comportamental a preconceito (Ex.: evitação, negar emprego, acomodação ou ajuda)
Auto-estigma: preconceito do portador de transtorno mental contra si mesmo	
Estereótipo	Crença negativa sobre si mesmo (Ex.: fraqueza de caráter, incompetência)
Preconceito	Concordância com a crença, reação emocional negativa (Ex.: baixa auto-estima, baixa auto-eficiência)
Discriminação	Resposta comportamental a preconceito (Ex.: fracasso em procurar emprego ou acomodação)

2.3. O estigma da doença mental

O estigma e a discriminação estão enraizados na nossa estrutura social e resistem à mudança. Na Grécia Antiga, pessoas doentes eram evitadas, aprisionadas, e, por vezes, condenadas à morte. Na Idade Média, os leprosos, vagabundos, loucos, hereges, criminosos e toda espécie de lunáticos que exibia alguma conduta socialmente desviante era considerada como a prova viva da obra diabólica; aqueles onde predominavam a insensatez, a fraqueza moral e de caráter deveriam receber sanções sociais de natureza variada². No século XVII, o cárcere ainda era a punição usada para condenar os indivíduos cujos desvios éticos e cujos comportamentos pecaminosos eram incompatíveis com o convívio comunitário. A reclusão era uma forma de garantir a exclusão dos sujeitos estigmatizados, símbolos de perigo social²⁴.

Mesmo com o surgimento da psiquiatria como ciência médica, com uma alteração de *status* que defendia que os comportamentos dos “lunáticos” não eram frutos de maldições, possessões demoníacas ou má fé, mas sim resultados de uma

doença que mereceria intervenção médica, o preconceito e a discriminação continuaram. No século XIX, por exemplo, uma tentativa de humanização começava a identificar esses indivíduos como “pacientes” que deveriam receber cuidados em asilos e hospitais²⁵. Contudo, ao lado de avanços científicos que defendiam um tratamento digno a essas pessoas, a imprensa de maneira geral exercia rapidamente uma estreita vigilância que perpetuava a sua exclusão social, repressão e negligência²⁶. Já no século XX iniciou-se o fechamento gradativo de hospitais psiquiátricos²⁷, o que fez com que os pacientes com transtornos mentais fossem deslocados de maneira desorganizada à comunidade, retornando às suas famílias, mas muitas vezes sendo abandonados à deriva pelas ruas²⁸. Apesar do fechamento, e mesmo com as críticas dos movimentos antipsiquiátricos²⁹⁻³¹, conseguiu-se apenas mobilizar discretamente a sociedade para um debate, e não foram observadas melhorias significativas na qualidade de vida da grande parcela destes indivíduos.

Aventa-se a hipótese de que a longa tradição ocidental de ligar violência e criminalidade a esta população tenha sedimentado estereótipos sociais negativos^{32,33}. Mas embora alguns poucos estudos relatem uma associação importante entre comportamento violento e a esquizofrenia³³, por exemplo, há trabalhos importantes afirmando o contrário. Recentemente um estudo prospectivo de 33 anos foi publicado pela Revista da Associação Médica Americana³⁴ no qual os autores mostram que os crimes violentos ocorreram principalmente entre pacientes com esquizofrenia com abuso concomitante de substâncias e sem tratamento apropriado. No restante dos pacientes as taxas de violência eram equiparáveis as da população geral.

Assim, se no passado o estigma era algo inespecífico no que tange à escolha de um grupo a ser discriminado, distribuindo-se heterogeneamente a certas populações-alvo como os leprosos e criminosos, hoje, mesmo com todo o avanço científico sobre este tema, ele ainda perdura, encontrando desta vez alvos mais específicos: como por exemplo, os indivíduos com transtornos mentais. E como representante mais alegórico deste grupo está a esquizofrenia. Diversos estudos verificaram que, dentre todos os transtornos psiquiátricos, a esquizofrenia é sempre uma das patologias que mais sofre com o preconceito³⁵. Além de ser o correlato mais

emblemático da loucura, tão causadora de aversão no passado e nos dias de hoje, a patologia caracteriza-se principalmente por sintomas positivos (dessincronia com crenças e percepções compartilhadas), e por sintomas negativos (déficit na interação com o mundo)³⁶. Tais sintomas são correlatos de um descompasso com o mundo social e por isso tais pessoas viram alvo fácil para a identificação de diferenças, para a exclusão e a consequente discriminação no processo de estigmatização¹¹.

Vejamos agora o que há na literatura internacional sobre o estigma das doenças mentais, com foco especial na esquizofrenia.

2.4. Estudos internacionais sobre o estigma da esquizofrenia e dos transtornos psiquiátricos em geral

Examinando a literatura internacional sobre o estigma da doença mental, vemos que na maior parte das vezes as pessoas com esquizofrenia são percebidas como imprevisíveis e perigosas. A atribuição de tais estereótipos acaba sendo um fator chave na construção do estigma³⁷; o medo da periculosidade destas pessoas em geral é o componente mais importante em determinar um comportamento de evitação social, uma atitude discriminatória³⁸. Em um grande estudo realizado na Alemanha, envolvendo 5025 participantes, pessoas com esquizofrenia foram percebidas como imprevisíveis e incompetentes. O terceiro estereótipo mais frequentemente associado a tais pessoas foi a periculosidade³⁹. Em outro estudo realizado na Argentina, metade de uma amostra de 1254 pessoas da população geral acreditava que indivíduos com esquizofrenia eram perigosos e que sofriam de “personalidade dividida”⁴⁰.

A mídia também tem tido um papel muito importante na deterioração do estigma e na sedimentação dos estereótipos acima. Relatos sensacionalistas de violência e crimes cristalizam a crença de que o contato com um portador de transtorno mental colocaria a sociedade em “perigo”¹⁴. Outro fator que poderia contribuir de maneira importante foi observado em um estudo americano: entre os norte-americanos, a percepção de periculosidade associada à suposta violência dos portadores de transtornos mentais passou de 4,2% para 44%, no período entre 1950 e

1996⁴¹. Possivelmente a progressiva desinstitucionalização dos pacientes com esquizofrenia para serviços comunitários na segunda metade do século XX, feita de maneira desordenada, colaborou para esta percepção negativa⁴². Outros estudos, realizados principalmente em países europeus^{35, 43}, também confirmam que a crença da população em geral é a de que os indivíduos com esquizofrenia são violentos.

Muitas das pesquisas de opinião pública passaram também a utilizar vinhetas para avaliar o estigma. Estas descreviam casos de transtornos psiquiátricos de acordo com as classificações internacionais de doença, e eram lidas aos participantes, para averiguar o quanto eles conseguiam reconhecer se o indivíduo descrito na vinheta tinha ou não algum tipo de doença. Ou seja, a que o indivíduo da população geral atribuía às alterações comportamentais descritas. Assim, no que diz respeito ao reconhecimento de vinhetas descrevendo indivíduos com esquizofrenia, em uma revisão conduzida por Angermeyer et al.³⁵, a esquizofrenia foi uma das patologias mais frequentemente reconhecidas. Lauber et al., em 2002⁴⁴, verificaram que uma vinheta de esquizofrenia lida a participantes de uma pesquisa foi reconhecida por cerca de 73% destes, enquanto que a vinheta descrevendo um caso de depressão foi reconhecida por apenas 40% dos participantes. Observou-se uma associação interessante: quanto melhor era a opinião das pessoas sobre tratamento psicofarmacológico, melhor era o reconhecimento das vinhetas; ao passo que quanto melhor era a opinião das pessoas com relação à psiquiatria comunitária, pior era o reconhecimento de doença mental. Isso pode indicar uma bipartição entre suporte à psicofarmacologia/melhor rotulação de doenças psiquiátricas/maior apoio a tratamento institucional versus não utilização de rótulos/concordância com tratamentos psicossociais e com psiquiatria comunitária. Curiosamente, quanto mais uma pessoa era mentalmente rígida e quanto mais interesse ela tinha nos meios de mídia em massa, pior era o reconhecimento da esquizofrenia⁴⁴; ou seja, pior era a rotulação da vinheta como “esquizofrenia”.

Ainda no que diz respeito ao rótulo de doença mental, ou de esquizofrenia, surpreendentemente ele pode ter efeitos positivos: em um estudo europeu concluiu-se que o rótulo de uma doença psiquiátrica pode sedimentar o papel das pessoas que sofrem de tal patologia como doentes, como portadoras de uma enfermidade, substituindo atribuições errôneas e falsas acerca dos sinais e sintomas do distúrbio⁴⁵.

Por outro lado, sabe-se há muito tempo que o rótulo na maior parte das vezes gera efeitos negativos¹⁷. Um rótulo pode desencadear estereótipos negativos, principalmente quando este rótulo é a “esquizofrenia”. Assim, em uma pesquisa por Angermeyer et al. (2003)⁴⁵ indivíduos hipoteticamente rotulados como portadores de esquizofrenia foram associados à maior percepção de periculosidade por aqueles que o cercavam. Isso consequentemente desencadeou reações de medo e de distanciamento social^{13, 45}. Já o rótulo de depressão, por exemplo, não gerou nenhum efeito negativo. Outro estudo do mesmo autor em 2004 verificou que a atribuição do rótulo de esquizofrenia evocou nas pessoas uma maior percepção de que o indivíduo com a doença precisaria de ajuda. No entanto, este mesmo rótulo também gerou um maior desejo por distância social⁴⁶. Em geral a designação de um rótulo de doença psiquiátrica exime o indivíduo que o recebe de certa culpa pelos seus atos; a essa reação corresponde em geral o aumento do estigma em contrapartida¹³. Para ressaltar a importância do rótulo, no Japão a simples mudança do nome “esquizofrenia” (que em japonês tinha o significado de doença da mente dividida) para um novo nome, “doença de integração”, produziu efeitos positivos no estigma do distúrbio⁴⁷.

Abordando agora as possíveis explicações causais da esquizofrenia, observou-se em uma revisão que o público geral prefere explicações psicossociais às explicações biogenéticas para a doença. Isso é um fator positivo na luta contra o estigma, já que em geral as explicações biogenéticas e a rotulação diagnóstica geram a sensação de periculosidade e de imprevisibilidade de pessoas com a doença⁴⁸. Teorias com bases excessivamente orgânicas sobre a doença poderiam reforçar um preconceito moral coletivo⁴⁹. Segundo Mehta e Farina, as diferenças biológicas entre as pessoas podem ser vistas como diferenças mais fundamentais, mais imutáveis e mais “reais” do que as diferenças resultantes do aprendizado ou de outras formas de experiência⁵⁰. Segundo Jo Phelan⁵¹, estas diferenças, ganhando cunho mais biológico, poderiam consequentemente amplificar a separação entre “nós-eles”, entre a população e pessoas com doenças mentais. Por outro lado, como efeito benéfico as explicações biológicas diminuiriam a culpa dos pais por terem causado a doença em seus filhos, por uma má educação, por exemplo⁵⁰.

A relação entre modelos biológicos e estigma valeria também para os profissionais de saúde mental? Pesquisando-se as concepções dos psiquiatras,

averiguou-se que eles apresentaram três dimensões de explicações para a esquizofrenia: a primeira foi um modelo mais biológico da doença; a segunda envolvia explicações mais ecléticas e integradoras; e a terceira dimensão etiológica dizia respeito a explicações psicodinâmicas e sociológicas. Psiquiatras em treinamento estavam mais propensos a pensarem a esquizofrenia de uma maneira puramente biológica⁵². Isso evidentemente tem a ver também com o imenso avanço que as neurociências tiveram nos últimos anos, fazendo com que psiquiatras mais jovens estejam mais propensos a endossarem teorias mais biológicas. Correspondentemente, um estudo revelou que psiquiatras mais jovens em geral tendem a estigmatizar mais seus pacientes⁵³, talvez por esta via de uma concepção mais biologizante da doença mental.

Tratando do estigma apresentado por profissionais de saúde, Jorm em 1999, investigando 2031 indivíduos da população geral e 1128 psiquiatras, observou que ambos os grupos acreditavam em um curso pior para a esquizofrenia do que para a depressão⁵³. Hori et al.⁵⁴, comparando as opiniões de 197 indivíduos da população geral, de 100 pessoas da equipe médica, de 112 médicos generalistas e de 36 psiquiatras, observaram que as crenças mais negativas sobre a esquizofrenia eram tidas pelos médicos generalistas e pelos participantes da população geral. Psiquiatras em geral tiveram opiniões positivas; no entanto esta categoria profissional manteve certo desejo por distância destes pacientes. Por outro lado, em Nova Iorque, ao se comparar 24 médicos generalistas e 27 psiquiatras, ambos os grupos tiveram visões positivas sobre pessoas com esquizofrenia. Neste estudo observou-se uma discreta tendência à atribuição de estereótipos negativos em ambos os grupos⁵⁵. Pesquisadores suíços avaliando 90 psiquiatras e 786 indivíduos da população geral verificaram que psiquiatras eram mais a favor de psiquiatria comunitária para pessoas com esquizofrenia do que a população geral⁵⁶. Interessantemente, quando o desejo por distância social foi avaliado, os escores para psiquiatras e para a população geral foram semelhantes. O autor explica este fato pelo fenômeno do “não no meu quintal” (*not in my backyard*), no qual psiquiatras teriam opiniões politicamente corretas contanto que a situação pessoal deles não fosse atingida.

Ainda sobre profissionais de saúde mental, dentre médicos generalistas, psiquiatras, psicólogos e enfermeiros, Caldwell verificou que a equipe de

enfermagem é a que tem as piores crenças sobre o prognóstico da esquizofrenia⁵⁷. Em um hospital geral, quando há a suspeita ou confirmação de que determinado paciente sofre de algum distúrbio mental, em geral evocam-se reações negativas por parte da equipe em relação àquele paciente⁵⁸. Um estudo conduzido na Suíça com 100 clínicos gerais e 791 pessoas da população geral concluiu que em média os médicos eram mais positivos ao tratamento com antipsicóticos e seus efeitos colaterais do que a população⁵⁹. Um estudo em Istambul revelou que estudantes do 6º ano de medicina tinham melhores atitudes para com indivíduos com doenças mentais, quando comparados a alunos de primeiro ano. Os autores levantaram a hipótese de um possível efeito do contato com doentes mentais, proporcionado pelo curso de medicina, na melhora do preconceito⁶⁰. Uma das recomendações do Colégio Real de Psiquiatras do Reino Unido é a de que profissionais de saúde, principalmente psiquiatras, fiquem alertas com relação às próprias crenças preconceituosas⁶¹. Conforme orienta Magliano, os profissionais de saúde mental devem estar cientes de possíveis crenças preconceituosas que eles mesmos podem ter contra indivíduos com esquizofrenia. Tais crenças podem influenciar as crenças dos leigos assim como a aceitação social destes pacientes⁶².

Quando analisamos profissionais de saúde mental, em geral pensamos que tais profissionais tem mais contato com indivíduos com distúrbios mentais, e que este contato afeta o estigma. Mas que efeito o contato não profissional pode exercer nas pessoas? Ou seja, qual o efeito do contato com pessoas que sofrem de distúrbios psiquiátricos com indivíduos da população geral? Grandes revisões de literatura apontam que o contato diminui o estigma⁶³. Pessoas com mais contato com indivíduos com doença mental, independente do tipo que é este contato, diminuiram o desejo de distância social para com estes indivíduos⁶⁴. Além disso, o contato diminuiu a sensação de perigo que pessoas com este tipo de enfermidade podem gerar. Arvaniti et al.⁶⁵ descreveram que familiaridade com a doença mental implicou em uma menor discriminação e restrição social para com indivíduos com tais doenças. No entanto, os efeitos do contato sobre o estigma não são inequívocos. Lauber et al., em 2004, avaliando 1737 indivíduos da população geral, viram que o desejo por distância social aumentava conforme aumentava o contato. Ter tido contato com indivíduos com doenças psiquiátricas esteve associado a uma maior

percepção de que as doenças psiquiátricas são crônicas; houve também uma correlação com maior desejo por distância social, quando se tratava de indivíduos com esquizofrenia¹³.

Analisando-se agora os estudos transculturais, vemos que a aceitação social de profissionais de saúde mental para com pacientes com diagnósticos psiquiátricos foi igual na Suíça e no Brasil. No entanto, enquanto que profissionais brasileiros eram mais favoráveis à psiquiatria comunitária, profissionais suíços tinham mais preconceito e maior desejo por distância social⁶⁶. Haragucki e seu grupo, investigando o estigma no Japão e na China, verificou que o nível geral de estigma foi alto para ambos os países. No entanto, na China houve um maior desejo da população por distância social com relação a indivíduos com esquizofrenia. Isso provavelmente se deve ao fato de na China os pacientes receberem menor atenção dos serviços de saúde, ficando mais em contato com a comunidade, mas com menor controle de seus sintomas. Isso geraria uma impressão ruim por parte da população⁶⁷. Outra comparação realizada entre a Austrália e o Japão verificou que o estigma contra as doenças mentais era alto também em ambos os países, mas mais alto no Japão. Neste estudo o estigma era muito pior contra a esquizofrenia do que contra a depressão⁶⁸.

Por fim, sabe-se estigma público e o auto-estigma dos pacientes interfere na busca do tratamento, consequentemente em sua efetividade e continuidade, e por fim acaba atrapalhando também o prognóstico destas pessoas⁶⁹. O estigma cobre quase todos os aspectos da vida de um paciente, incluindo seus cuidados de saúde e psiquiátricos. Pacientes tendem a se isolar, e muitas vezes os parentes, que também podem cumprir funções de estigmatizar seus familiares, contribuem para experiências estigmatizantes⁷⁰. Pesquisas qualitativas entrevistando os próprios indivíduos com esquizofrenia mostram que quase 60% deles evitam contar a outras pessoas seu diagnóstico, e temem serem vistos negativamente por causa de suas doenças⁷¹. Comparando-se 280 pacientes psiquiátricos internados e 124 indivíduos da população geral da Suíça, ambos apresentaram opiniões semelhantes: as de que há rejeição contra pacientes psiquiátricos⁷². Como diversas iniciativas tem sido propostas ao longo dos últimos 20 anos de pesquisa em estigma, qual o resultado destas propostas? O estigma mudou?

Análises longitudinais mostram que o estigma é resiliente, e resiste a intervenções. Em um estudo de 10 anos de seguimento, realizado nos Estados Unidos, viu-se que campanhas educativas montadas sob a premissa das neurociências foram recompensadas com melhorias amplas e significativas na aceitação da população de teorias neurobiológicas e no apoio para o tratamento de indivíduos com distúrbios psiquiátricos¹⁰. No entanto, percebeu-se que ao longo destes 10 anos não houve mudança real no estigma público. Mehta et al.⁷³, analisando dados de 1994 até 2003 na Escócia e no Reino Unido, avaliaram que o estigma piorou neste período, apesar das várias campanhas que foram organizadas no país. Esta piora foi mais marcante no Reino Unido, e hipotetizaram que o efeito adverso da mídia ao relatar de maneira preconceituosa as doenças mentais foi um dos principais fatores causadores desta piora na opinião pública. Na Alemanha, o conhecimento sobre saúde mental e seus distúrbios melhoraram, assim como o endosso da população por causas biológicas das doenças mentais. No entanto, este conhecimento não se refletiu em melhores atitudes, já que medidas de distância social permaneceram inalteradas.

Desta forma, como é consenso que o estigma é um fenômeno complexo e resiliente, propõe-se que para erradicá-lo vários níveis devem ser atingidos simultaneamente: o intrapessoal (trabalhar o auto-estigma), o interpessoal (estigma das pessoas que o cercam), o institucional, a comunidade e o governamental⁷⁴ (Figura 3). Isso de certa forma faz coro ao que Corrigan e Penn defenderam em um trabalho seminal em 1999, a idéia de que 3 principais frentes devem ser usadas: protesto, contato e informação/educação⁷⁵. Assim, para o protesto e para o nível intrapessoal, Borrás et al. experimentaram por exemplo um módulo de autoestima para pacientes com esquizofrenia na Suíça⁷⁶. Esta intervenção diminuiu os pensamentos negativos automáticos, melhorou as estratégias de enfrentamento de situações conflituosas, e até diminuiu os sintomas psicóticos. Fung et al.⁷⁷ também utilizaram sessões de grupo, estruturadas, em 34 pacientes e compararam com 32 pacientes em um grupo controle. Houve melhora significativa na autoestima, houve uma facilitação na disposição das pessoas para mudar os próprios comportamentos problemáticos e tais sessões melhoraram a participação em tratamentos psicossociais. Além de abordar os pacientes no nível intrapessoal, para atingir os demais níveis deve-se trabalhar com familiares, com profissionais de saúde, com autoridades da

saúde, com jornalistas e profissionais da mídia, e com o público em geral⁷⁸. Uma das idéias do programa *Changing Minds*, da Inglaterra, por exemplo, é a de que os psiquiatras devem ser os “engenheiros sociais” do combate ao estigma⁷⁹. Outros estudos sobre iniciativas anti-estigma mostram que é importante melhorar também o conhecimento sobre a doença mental para que se modifiquem atitudes negativas na população e em grupos alvo, como os psiquiatras⁸⁰. Por fim, é importante que estas iniciativas não fiquem apenas na teoria, ou como um mero lembrete que nunca vá ser posto em prática: é de suma importância buscar também a penetrância destes programas, avaliando o envolvimento da população-alvo e os resultados deste programa⁸¹.

Figura 3 – Níveis de combate ao estigma

Nível	Estratégias de enfrentamento
Intrapessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento adequado do portador de esquizofrenia • Aconselhamento • Terapia cognitivo-comportamental • Fortalecimento (<i>empowerment</i>) • Aconselhamento grupal • Grupos de auto-ajuda, de direitos de portador de esquizofrenia e grupo de suporte
Interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado e suporte • Reabilitação na comunidade
Organização (institucional)	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de treinamento • (Novas) políticas, com abordagem multidisciplinar e centrada no portador de esquizofrenia
Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Educação (Mídia) • Contato com portadores de esquizofrenia • Direitos dos portadores de esquizofrenia • Atos de protesto público
Governo (estrutural)	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenções nas leis e políticas • Abordagens baseadas nos direitos dos portadores de esquizofrenia

2.5. Estudos brasileiros sobre o estigma da esquizofrenia

Durante os últimos 30 anos, com a Reforma Psiquiátrica, ocorreu no Brasil um processo de desospitalização, com uma redução gradual de leitos psiquiátricos. No estado de São Paulo, o número de leitos foi reduzido a quase um terço em 25

anos, passando de 39 mil a pouco mais de 13 mil leitos no período entre 1980 e 2005⁸². Muitos pacientes com quadros mentais graves foram transferidos de hospitais fechados para tratamento em serviços extra-hospitalares, trazendo mais à tona a questão da exclusão do doente mental através do uso do sistema manicomial.

Entretanto, em comparação com países do hemisfério norte, a atenção dedicada à desestigmatização dos pacientes psiquiátricos no Brasil ainda é pequena. Há poucos estudos sobre esse tema na literatura científica; revisando a literatura sobre as crenças públicas sobre transtornos mentais nos países da América Latina e Caribe⁸³, podem-se localizar apenas algumas dezenas de artigos avaliando a percepção pública sobre o tema. Em estudo pioneiro realizado há mais de 20 anos no Brasil, D'Amorim⁸⁴ observou que a esquizofrenia foi o quadro mental para o qual a população mais elegia psiquiatras e hospitais para o seu tratamento. Um estudo recente realizado na cidade de São Paulo mostrou que os indivíduos da população geral acreditam que o tratamento médico da doença mental pode trazer mais prejuízo do que benefício ao paciente. Buscar ajuda através de pessoas leigas, através de psicoterapia, atividades físicas e religiosas foi visto como superior ao tratamento médico⁸⁵. Por outro lado, em comparação com profissionais de saúde mental da Suíça, os profissionais de Curitiba apresentaram uma atitude menos estigmatizadora e com menor distanciamento social. Enquanto que os profissionais suíços foram mais favoráveis ao uso de tratamento farmacológico, a sua relutância em aceitar os efeitos colaterais das medicações foi maior. Psicoterapia e tratamento espiritual foram mais recomendados pelos profissionais brasileiros⁶⁶. Outra importante publicação proveniente da cidade de São Paulo relatou que quase três quartos de uma amostra probabilística de 500 indivíduos da cidade acreditava que indivíduos com esquizofrenia fossem potencialmente perigosos⁸⁶.

Desta forma, apesar de já fazermos parte da iniciativa mundial *Open the Doors*⁸⁷ e apesar de contarmos já com importantes projetos que visam ajudar o paciente com esquizofrenia, como por exemplo o Serviço de Orientação à Esquizofrenia (“Projeto S.O.Esq.”, em consonância com as recomendações da AMP e com apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria), a Associação Phoenix e a Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia (ABRE), julga-se que ainda se faz necessário um número muito superior de iniciativas. Mais

do que isso, faz-se necessário que este aumento de ações contra o estigma relacionado à esquizofrenia se pautem em dados consistentes obtidos de estudos nas diversas populações da sociedade brasileira, para a organização de iniciativas duradouras e eficazes.

É visando fornecer dados para dar sustentação e consistência à construção destas iniciativas que o presente estudo foi elaborado.

3. OBJETIVOS

Este é o primeiro estudo nacional envolvendo psiquiatras e uma amostra representativa da população brasileira para avaliar o estigma relacionado à esquizofrenia. Até o momento da elaboração deste trabalho, também não há estudo semelhante, no que diz respeito à sua abrangência nacional e às amostras comparadas, em nenhum país latinoamericano. O estudo justifica-se então por ser pioneiro na área nesta região do mundo, e por fornecer dados fundamentais para que o estigma da esquizofrenia possa ser combatido com eficácia.

Como objetivos podemos citar:

- Avaliar o estigma da esquizofrenia na população geral brasileira e nos psiquiatras brasileiros;
- Observar que fatores agem como determinantes do estigma. Para isso analisar quais variáveis correlacionam-se com as quatro medidas de estigma da esquizofrenia estudadas: atribuição de estereótipos, desejo por distância social, restrições a direitos civis e preconceito percebido;
- Analisar se as amostras se comportam de maneira homogênea ou se há perfis diferentes de crenças preconceituosas;
- Comparar psiquiatras e população brasileira com relação as suas crenças preconceituosas relacionadas à esquizofrenia.

4. MÉTODOS

4.1. Amostragem

4.1.1. Psiquiatras

A amostra de psiquiatras foi constituída durante o XXVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em novembro de 2009. O evento foi realizado em São Paulo e é considerado o segundo maior congresso nacional de psiquiatria no mundo. Organizado pela Associação Brasileira de Psiquiatria, ele não se restringe apenas a psiquiatras sócios; participantes do congresso incluem principalmente psiquiatras e psicólogos, mas também assistentes sociais, enfermeiros, residentes, clínicos gerais, e outros profissionais de saúde de todo o país. Há também participantes estrangeiros.

A estratégia de coletar informações durante o Congresso teve motivações práticas, para obter acesso a um grupo considerável de participantes de difícil localização, nem sempre disposto a cooperar com pesquisas.

Cerca de seis mil pessoas estiveram no evento. Destas, 2.549 foram convidadas a participar da pesquisa e 954 (37,5%) se recusaram: 898 se recusaram a iniciar a entrevista, 38 se recusaram a responder uma vez que foram informadas sobre o tema da pesquisa e 18 não completaram o questionário inteiro. Assim, a amostra inicial totalizou 1.595 indivíduos. Destes, 1.416 eram psiquiatras, 68 eram clínicos gerais, 44 eram psicólogos, 25 neurologistas, e 42 eram outros profissionais. Para o presente estudo, apenas os dados dos psiquiatras foram analisados; dois psiquiatras participantes eram estrangeiros e foram excluídos. Assim a amostra final contou com 1414 psiquiatras brasileiros.

4.1.2. População geral

Estabeleceu-se como objetivo a obtenção de uma amostra representativa da população geral brasileira contendo no mínimo 2000 respondentes. Tal amostra foi

calculada com base em uma população infinita, visando-se obter uma margem de erro de 2,2%⁸⁸.

Para a escolha destes indivíduos, dois métodos distintos de recrutamento foram utilizados: metade da amostra foi recrutada através de amostragem probabilística e a outra metade foi recrutada por amostragem semi-probabilística por quotas.

- Amostragem probabilística

Neste tipo de recrutamento, os indivíduos foram incluídos por seleção probabilística de conglomerados, estratificada por unidade federal (UF), com seleção probabilística em todas as três etapas, conforme os estratos a seguir:

A) No primeiro estrato, foram selecionados probabilisticamente os municípios que comporiam a amostra pelo método Probabilidade Proporcional ao Tamanho (PPT), sendo que foi tomada como base a população de cada município para tal seleção.

B) No segundo estágio, dentro dos municípios sorteados, foram selecionados aleatoriamente números de telefones fixo (*computer assisted random digit generated number*) com base nos cadastros das operadoras de telefonia, para a realização das entrevistas dentro do respectivo domicílio sorteado.

C) Em cada domicílio selecionado foi feito um arrolamento dos moradores com idade acima de 16 anos e em seguida realizou-se um sorteio probabilístico através de Tabela de Kish⁸⁹. Caso o morador selecionado não estivesse disponível para responder no momento, duas novas tentativas eram realizadas em dias e horários diferentes. Em caso de insucesso o domicílio era substituído.

Mil e um indivíduos foram escolhidos por este método.

- Amostragem semi-probabilística por quotas:

A seleção semi-probabilística foi realizada por método multiestratificado (por Unidade Federativa - UF) de conglomerados, com quotas no último estágio. Foi realizada também em três etapas, a saber:

A) dentro de cada estrato foram selecionados probabilisticamente os municípios que comporiam a amostra pelo método de Probabilidade Proporcional ao Tamanho (PPT), sendo que foi tomada como base a população de cada município para tal seleção.

B) A seguir, dentro dos municípios sorteados, foram selecionados aleatoriamente números de telefones com base nos cadastros das operadoras de telefonia, para a realização das entrevistas.

C) Por fim, foram utilizadas quotas amostrais para as variáveis: sexo, idade, escolaridade e ocupação. Conforme Os resultados foram expandidos para a população pela combinação das variáveis demográficas: sexo, faixas de idade, grau de instrução e região geográfica. As proporções utilizadas para esta expansão foram estabelecidas com base nos dados mais atualizados do IBGE (PNAD e Censo).

Mil indivíduos foram recrutados desta maneira.

O recrutamento por dois diferentes métodos foi realizado com o intuito de posterior avaliação sobre equivalência metodológica. Como este não é o foco do presente trabalho, e como ainda não há estudo preciso apontando potenciais diferenças relevantes entre os dois métodos de recrutamento, a amostra total de 2001 pessoas, representativa da população geral do Brasil, será tratada como uma amostra única, sem discriminação por método de amostragem.

4.2. Procedimentos

4.2.1. Psiquiatras

Para realizar a seleção da amostra e a coleta dos dados, uma empresa de pesquisa, a IBOPE Inteligência, foi contratada. Para o processo de seleção, dentre os entrevistadores profissionais disponíveis no banco de funcionários da empresa, cinquenta foram escolhidos, com base em experiência com tais tipos de pesquisa, e treinados pelos investigadores do estudo. O treinamento consistiu em duas aulas de cerca de 2 horas cada, em dias separados, explicando aspectos básicos sobre o estigma relacionado ao transtorno mental. O instrumento de pesquisa também foi lido em conjunto, para que eventuais dúvidas pudessem ser levantadas e esclarecidas com relação ao tema estudado.

Durante os quatro dias do XXVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, os cinquenta entrevistadores foram posicionados ao longo do pavilhão do evento e convidaram aleatoriamente os frequentadores a responderem o questionário. Quando o indivíduo concordava em participar, uma entrevista face a face, com duração média de 15 minutos, era conduzida. Nenhuma identificação pessoal era necessária; ao final do questionário, o entrevistador fazia uma marca no crachá do participante para evitar a dupla inclusão de dados.

4.2.2. População geral

Para o recrutamento e entrevista desta parte da amostra foram utilizados os serviços telefônicos de um centro de “*Computer Assisted Telephone Interview*” (CATI) da IBOPE Inteligência, localizado em Curitiba. Cinquenta entrevistadores foram escolhidos e treinados durante um curso de um dia no local do centro de telefonia, realizado pelos investigadores.

Após realizar a ligação no número mencionado na seção anterior, inicialmente o entrevistador identificava-se como sendo da respectiva empresa, e dizia estar conduzindo uma pesquisa sobre saúde mental, a pedido do Hospital das

Clínicas de São Paulo. Perguntava então se a pessoa concordava em responder a um questionário de 15 minutos de duração. Ao final, obtiveram-se 1001 indivíduos através de amostragem probabilística e 1000 indivíduos por amostragem semi-probabilística por quotas.

4.3. Instrumentos

4.3.1. Particularidades do instrumento para os psiquiatras

Três aspectos foram específicos para o questionário dos psiquiatras:

- Obtiveram-se dados sobre formação acadêmica; o psiquiatra deveria responder qual era o seu maior grau de formação acadêmica: graduação, residência médica, mestrado, doutorado, pós-doutorado, livre-docência/professor titular.
- Dados sobre local de trabalho foram colhidos: perguntou-se sobre seis tipos de locais de trabalho. O entrevistado deveria responder se trabalhava neste tipo de serviço ou não, e quais atividades desempenhava no local: administrativas, assistenciais, de pesquisa ou outras; quando cabível também havia a opção de atividades didáticas. Os locais questionados foram: hospital público, hospital privado, hospital escola, CAPS/Posto de Saúde/UBS/ambulatório público, ambulatório de convênios, clínica/consultório particular.
- Antes do início da aplicação das escalas sobre estigma, o entrevistador pedia aos psiquiatras que respondessem o questionário “considerando uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia, em fase estável da doença”.

4.3.2. Particularidades do instrumento para a população geral

Apenas para a população geral, seis itens também foram específicos:

- Avaliação de classe econômica, de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas⁹⁰.

- Raça: branca, preta, amarela, parda, indígena.

- Escolaridade: Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental completo, ensino médio completo, ensino médio incompleto, ensino superior completo, ensino superior incompleto, pós-graduado/mestrado/doutorado.

- Questionário sobre religiosidade, de acordo com a Escala de religiosidade de Duke – DUREL⁹¹. A escala é composta de cinco itens que avaliam religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca. Um item com cinco respostas avalia religiosidade organizacional, um item com cinco respostas avalia religiosidade não organizacional, e três itens de seis respostas avaliam religiosidade intrínseca (ver anexos).

- Ao invés de simplesmente se referir a “uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia, em fase estável da doença”, para a amostra de população geral (n=2001), antes do início da aplicação do instrumento uma vinheta foi aleatoriamente designada para aquele entrevistado e lida ao telefone. Havia cinco vinhetas diferentes⁹². Quatro descreviam casos de transtornos psiquiátricos de acordo com o DSM-IV: dependência de álcool (n=229), dependência de cocaína (n=275), transtorno depressivo (n=267) e esquizofrenia (n=1015). Uma vinheta funcionou como controle, descrevendo uma “pessoa com problemas”, ou seja, não descrevendo um transtorno psiquiátrico (n=215). Além disso, todas as vinhetas descreviam tanto homens como mulheres; o sexo da pessoa descrita na vinheta foi revezado aleatoriamente gerando proporções iguais para cada vinheta. Como pode ser observado, a vinheta de esquizofrenia foi lida de maneira intercalada em proporção de 4 para 1, realizando-se assim um *oversampling* desta para que melhor poder estatístico pudesse ser alcançado nas análises, pois a idéia principal do estudo era a de comparar a opinião dos psiquiatras com as das pessoas da população geral com relação a este transtorno em específico.

- Finalizada a leitura da vinheta, três perguntas eram realizadas: 1) se os problemas que a pessoa da vinheta apresentava eram uma doença; 2) caso fosse, que doença seria essa, e 3) para qual profissional o entrevistado encaminharia a pessoa descrita na vinheta.

Observação: Para o presente estudo, apenas os indivíduos da população geral que foram designados para a vinheta de esquizofrenia foram escolhidos, restringindo a amostra final a 1015 indivíduos.

4.3.3. Instrumento

Além de dados sócio-demográficos (idade, sexo, estado civil, filhos), foi avaliado contato pessoal com doença mental: a) presença de um membro da família com transtorno psiquiátrico (sim ou não) e frequência de contato com este familiar (diariamente, algumas vezes por semana, algumas vezes por mês, raramente/nunca). b) Se o respondente alguma vez já procurou ajuda profissional por problemas psiquiátricos (sim ou não), e se recebeu alguma prescrição de medicamentos para estes problemas (sim ou não).

O questionário de estigma utilizado no estudo já havia sido empregado em estudos similares no Brasil^{66, 86} e em diversos outros países^{43, 56, 93, 94}. Quatro dimensões avaliaram o estigma relacionado ao indivíduo com esquizofrenia. Doze itens avaliaram estereotipagem, três itens avaliaram restrições a direitos civis, oito itens estimaram o grau de preconceito percebido baseado nas escalas de aceitação social e de estigmatização social de Link e coletas⁹² e sete itens foram adaptados da Escala de Distância Social⁹⁵.

Com relação à escala de estereotipagem, os participantes tinham de responder em uma escala Likert de três pontos o quanto algumas características estavam presentes em uma pessoa com esquizofrenia quando comparada com alguém da população geral (mais presente, igualmente presente, menos presente). A escala era composta por cinco estereótipos positivos (criativo, saudável de corpo e alma, controlado, talentoso, racional) e por sete estereótipos negativos (perigoso, imprevisível, pouco inteligente, sem higiene, anormal, não confiável, esquisito).

Para a escala de restrições a direitos civis, o respondente deveria responder sim ou não se concordava com internação involuntária, restrição do direito de votar, e restrição a ter carteira de motorista para a pessoa com esquizofrenia.

A escala de preconceito percebido media o que os respondentes acreditavam que as pessoas da sociedade pensavam sobre os indivíduos com esquizofrenia. As respostas eram avaliadas através de uma escala de três pontos (“eu concordo totalmente”, “eu concordo em partes”, “eu discordo totalmente”). Os itens eram os seguintes: “a maioria das pessoas não tem nada contra ter uma pessoa com esquizofrenia em seu círculo de amigos”; “a maioria das pessoas acredita que alguém com esquizofrenia é tão inteligente quanto a média da população geral”; “a maioria das pessoas pensa que um professor de primário que tenha esquizofrenia pode continuar ensinando crianças”; “a maioria das pessoas não deixa que pessoas com esquizofrenia tomem conta de suas crianças”; “a maioria das pessoas dá menos valor para uma pessoa com esquizofrenia”; “a maioria dos empregadores contrata pessoas com esquizofrenia, se elas estiverem qualificadas para a atividade”; “a maioria das pessoas trata indivíduos com esquizofrenia da mesma maneira como trata as outras pessoas”; “a maioria das mulheres tem receio no contato com um homem com esquizofrenia”; “as pessoas levam indivíduos menos a sério quando estes têm diagnóstico de esquizofrenia”.

A distância social desejada em relação a um indivíduo com esquizofrenia foi medida através de uma adaptação da escala de Bogardus⁹⁵ e avaliou a disposição do respondente em participar de interações sociais com uma pessoa com esquizofrenia. Os participantes usaram uma escala de três pontos (“com certeza”, “talvez”, “em nenhuma ocasião”) para responder a sete situações descrevendo contatos sociais: “você trabalharia com uma pessoa com esquizofrenia?”; “você se mudaria para um apartamento vizinho ao de alguém com esquizofrenia?”; “você apresentaria um(a) amigo(a) a uma pessoa com esquizofrenia?”; “se algum amigo seu oferecesse uma vaga de emprego, você indicaria uma pessoa com esquizofrenia para a vaga?”; “você convidaria para uma festa sua, ou um encontro, ou um jantar, uma pessoa com esquizofrenia?”; “você apoiaria uma pessoa da sua família que quisesse se casar com

alguém com esquizofrenia?”; “você confiaria em uma pessoa com esquizofrenia para cuidar de seus filhos por algumas horas?”

4.3.4. Ética e Financiamento

Os investigadores principais deste projeto não apresentam conflitos de interesse a declarar. O financiamento do estudo foi fornecido pela Janssen-Cilag Farmacêutica, na forma de “*unrestricted educational grants in aid*”, a qual não teve participação no planejamento do projeto, desenho, execução e coleta dos dados, tampouco acesso prévio aos dados, interferência na análise posterior dos dados e a decisão de publicação. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAPPesq HC FMUSP).

5. PSIQUIATRAS E O ESTIGMA DA ESQUIZOFRENIA

5.1. Descrição da amostra e das respostas aos questionários de estigma

A tabela 1 mostra as características da amostra de psiquiatras. A idade média foi de 43,3 anos, havendo uma ligeira preponderância de homens na amostra (55,7%). Pessoas casadas foram mais frequentes (54,1%) e pouco mais da metade dos psiquiatras tinha filhos (57,1%).

Para grande parte dos indivíduos aqui há algum tipo de contato com familiar com doença mental (76,9%), sendo que a maioria vê este familiar diariamente (20,6%). Com relação a procurar ajuda para si próprio por problemas psiquiátricos, a proporção de psiquiatras que o fez foi de 38%.

Com relação à caracterização profissional, a maior parte dos psiquiatras tinha como maior grau de formação a residência médica (69,6%), seguidos por quase quinze por cento que tinham obtido mestrado (14,7%). A grande maioria trabalha em seus consultórios (84,2%), e o segundo lugar onde mais frequentemente trabalham são os ambulatórios de serviço público (49,3%).

Quando observamos a escala de estereótipos (Tabela 2), podemos ver que de maneira geral os psiquiatras pontuaram que ou os estereótipos negativos estão mais presentes ou igualmente presentes no indivíduo com esquizofrenia quando comparado a um indivíduo da população geral. Os três estereótipos negativos mais associados à esquizofrenia foram “esquisito” (70%), “imprevisível” (60%) e “sem higiene” (47%). Para os estereótipos positivos, os psiquiatras mantiveram uma tendência estigmatizante de qualificar os indivíduos com esquizofrenia como tendo em geral menos qualidades positivas quando comparados com alguém da população geral. Pessoas com esquizofrenia foram mais frequentemente qualificadas como menos saudáveis (64%), menos controladas (59%) e menos racionais (54%). Com relação a pessoas com o transtorno serem criativas ou talentosas, os psiquiatras em sua maioria acharam que estas qualidades estão igualmente presentes tanto na

esquizofrenia como em alguém da população geral (59% e 74%, respectivamente). Nenhum estereótipo positivo foi associado pela maioria dos psiquiatras às pessoas com o transtorno.

Tabela 1 – Característica da amostra de psiquiatras (n=1414)

Idade (média;desvio padrão)	43,3 (12,6)
Sexo (masculino;n,%)	787 (55,7)
Estado civil (n,%)	
Solteiro	472 (33,4)
Casado	765 (54,1)
Separado ou divorciado	160 (11,3)
Viúvo	17 (1,2)
Filhos (sim;n,%)	807 (57,1)
Contato com familiar com doença mental (n,%)	
Tem familiar; vê diariamente	291 (20,6)
Tem familiar; vê algumas vezes por semana	246 (17,4)
Tem familiar; vê algumas vezes por mês	256 (18,1)
Tem familiar; vê raramente/nunca	153 (10,8)
Não tem familiar com doença mental	468 (33,1)
Procura pessoal por ajuda profissional (n,%)	
Nunca procurou ajuda	876 (62,0)
Procurou ajuda, nunca recebeu medicação para problemas	180 (12,7)
Procurou ajuda, recebeu medicação para problemas	358 (25,3)
Maior formação acadêmica (n,%)	
Graduação	98 (6,9)
Residência médica	984 (69,6)
Mestrado	208 (14,7)
Doutorado	67 (4,7)
Pós-doutorado	31 (2,2)
Livre-docência/Professor Titular	10 (0,7)
Local de trabalho (n,%)	
Hospital público	571 (40,4)
Hospital privado	439 (31,0)
Hospital universitário	501 (35,4)
CAPS/Posto de Saúde/UBS/ambulatório público	697 (49,3)
Consultório	1190 (84,2)
Ambulatório de convênios	415 (29,3)

Tabela 2 – Estereótipos relacionados pelos psiquiatras a esquizofrenia

	Item	Resposta	Psiquiatras (%,n)
Estereótipos Negativos	Perigoso	Mais presente	21% (298)
		Igualmente presente	66% (932)
		Menos presente	12% (174)
	Imprevisível	Mais presente	60% (854)
		Igualmente presente	31% (444)
		Menos presente	8% (112)
	Pouco inteligente	Mais presente	14% (202)
		Igualmente presente	71% (1004)
		Menos presente	14% (205)
	Sem higiene	Mais presente	47% (658)
		Igualmente presente	37% (519)
		Menos presente	16% (229)
	Anormal	Mais presente	41% (583)
		Igualmente presente	42% (587)
		Menos presente	15% (218)
	Não confiável	Mais presente	15% (208)
		Igualmente presente	74% (1041)
		Menos presente	11% (158)
	Esquisito	Mais presente	70% (989)
		Igualmente presente	19% (271)
		Menos presente	10% (147)
Estereótipos Positivos	Criativo	Mais presente	15% (211)
		Igualmente presente	59% (841)
		Menos presente	25% (359)
	Saudável de corpo e alma	Mais presente	5% (64)
		Igualmente presente	31% (436)
		Menos presente	64% (908)
	Controlado	Mais presente	6% (85)
		Igualmente presente	34% (482)
		Menos presente	59% (839)
	Talentoso	Mais presente	9% (126)
		Igualmente presente	74% (1043)
		Menos presente	17% (240)
	Racional	Mais presente	7% (98)
		Igualmente presente	39% (550)
		Menos presente	54% (762)

Na escala de restrições a direitos civis (Tabela 3), três afirmações foram feitas sobre os direitos civis de indivíduos com esquizofrenia. Para os psiquiatras a tendência foi de majoritariamente concordar com internação involuntária (97%), mas de concordar em manter direito de dirigir (92%) e de votar (71%).

Tabela 3 – Restrições de direitos civis às pessoas com esquizofrenia

	Item	Resposta	Psiquiatras (%,n)
Restrições	Internação involuntária	Concordo	97% (1373)
		Não concordo	2% (35)
		Não sei responder	4% (6)
	Deve manter carteira de motorista	Concordo	92% (1303)
		Não concordo	6% (87)
		Não sei responder	2% (24)
	Deve manter o direito de votar	Concordo	71% (1010)
		Não concordo	24% (341)
		Não sei responder	4% (63)

A escala de preconceito percebido media o que o respondente achava ser o pensamento da sociedade com relação a pessoas com esquizofrenia (Tabela 4). Cinco asserções afirmavam que a sociedade tem atitudes positivas para com indivíduos com o transtorno (itens 1, 2, 3, 6 e 7); quatro asserções referiam que a sociedade tem atitudes negativas para com estas pessoas (itens 4, 5, 8 e 9). A tendência geral em todos os itens foi a de assinalar as opções indicando que a sociedade estigmatiza indivíduos com esquizofrenia.

A escala de distância social media o quanto o respondente estava disponível a participar em uma atividade social com uma pessoa com esquizofrenia (Tabela 5). Para as situações de trabalhar, ser vizinho, apresentar um amigo ou convidar para uma festa/jantar/encontro a maioria dos psiquiatras assinalou que com certeza concordaria em participar de tais atividades (80%, 76%, 88% e 80%, respectivamente). Para o restante das situações como oferecer uma vaga de emprego,

Tabela 4 – Preconceito percebido em relação a pessoas com esquizofrenia

Item	Resposta	Psiquiatras (%,n)
A maioria das pessoas...		
1. ...não tem nada contra ter uma pessoa com esquizofrenia em seu círculo de amigos .	Discordo totalmente	65% (926)
	Concordo em partes	29% (412)
	Concordo totalmente	5% (71)
2. ...acredita que alguém com esquizofrenia é tão inteligente quanto a média da população geral.	Discordo totalmente	59% (832)
	Concordo em partes	31% (440)
	Concordo totalmente	10% (139)
3. ...pensa que um professor de primário que tenha esquizofrenia pode continuar ensinando crianças .	Discordo totalmente	74% (1045)
	Concordo em partes	19% (275)
	Concordo totalmente	6% (90)
4. ...não deixa que pessoas com esquizofrenia tomem conta de suas crianças .	Discordo totalmente	9% (125)
	Concordo em partes	24% (333)
	Concordo totalmente	68% (955)
5. ...dá menos valor para uma pessoa com esquizofrenia.	Discordo totalmente	6% (82)
	Concordo em partes	23% (322)
	Concordo totalmente	71% (1009)
6. ... contrata pessoas com esquizofrenia , se elas estiverem qualificadas para a atividade.	Discordo totalmente	62% (881)
	Concordo em partes	30% (425)
	Concordo totalmente	7% (106)
7. ... tratam indivíduos com esquizofrenia da mesma maneira como trata as outras pessoas.	Discordo totalmente	79% (1110)
	Concordo em partes	18% (260)
	Concordo totalmente	3% (43)
8. A maioria das mulheres tem receio no contato com um homem com esquizofrenia.	Discordo totalmente	6% (86)
	Concordo em partes	37% (521)
	Concordo totalmente	57% (802)
9. As pessoas levam indivíduos menos a sério quando estes têm diagnóstico de esquizofrenia.	Discordo totalmente	5% (66)
	Concordo em partes	25% (357)
	Concordo totalmente	70% (990)

casamento de alguém da família com o indivíduo com esquizofrenia, ou cuidar de seus filhos a resposta mais frequente foi a de incerteza (“talvez”; 56%, 55% e 51% respectivamente). A situação que mais gerou negativa por parte dos psiquiatras foi a de um indivíduo com esquizofrenia se casar com alguém da família do respondente (“em nenhuma ocasião”=21%).

Tabela 5 – Desejo por distância social

Item	Resposta	Psiquiatras (%,n)
1. Você trabalharia com uma pessoa com esquizofrenia?	Em nenhuma ocasião	1% (14)
	Talvez	19% (273)
	Com certeza	80%(1127)
2. Você se mudaria para um apartamento vizinho ao de alguém com esquizofrenia?	Em nenhuma ocasião	4% (56)
	Talvez	20% (285)
	Com certeza	76% (1072)
3. Você apresentaria um amigo a uma pessoa com esquizofrenia?	Em nenhuma ocasião	2% (22)
	Talvez	11% (149)
	Com certeza	88% (1243)
4. Se algum amigo seu oferecesse uma vaga de emprego , você indicaria uma pessoa com esquizofrenia para a vaga?	Em nenhuma ocasião	5% (66)
	Talvez	56% (790)
	Com certeza	39% (555)
5. Você convidaria para uma festa sua, ou um encontro , ou um jantar , uma pessoa com esquizofrenia?	Em nenhuma ocasião	1% (12)
	Talvez	20% (276)
	Com certeza	80%(1125)
6. Você apoiaria uma pessoa da sua família que quisesse se casar com alguém com esquizofrenia ?	Em nenhuma ocasião	21% (296)
	Talvez	55% (777)
	Com certeza	24% (341)
7. Você confiaria em uma pessoa com esquizofrenia para cuidar de seus filhos por algumas horas?	Em nenhuma ocasião	20% (285)
	Talvez	51% (718)
	Com certeza	29% (410)

5.2. Pontuações médias em cada dimensão de estigma para os psiquiatras

5.2.1. Estatística

Para que as respostas aos itens individuais acima descritos pudessem ser contempladas e analisadas de uma maneira mais sintética, os dados das quatro escalas de estigma foram computados em escores. Cada escore representava a pontuação média de cada indivíduo para determinada escala. Esta pontuação ia de 1 a 3, onde 3 era o valor representando a maior discriminação e 1 o valor representando a menor discriminação.

A escala de estereótipos foi dividida em itens negativos (7 estereótipos negativos) e itens positivos (5 estereótipos positivos). Para os itens negativos as respostas foram codificadas da seguinte maneira: “mais presente”=3, “igualmente presente”=2, “menos presente”=1. As respostas aos 7 itens foram somadas e a soma foi dividida pelo número de questões efetivamente respondidas (excluindo-se itens cuja resposta foi “não sei/prefiro não responder”); o valor gerado tornou-se a média individual para a escala de estereótipos negativos.

Para os itens positivos as respostas foram codificadas inversamente da seguinte maneira: “mais presente”=1, “igualmente presente”=2, “menos presente”=3. A inversão foi realizada para que a maior pontuação representasse o maior estigma. As respostas aos 5 itens foram somadas e a soma foi dividida pelo número de questões efetivamente respondidas (excluindo-se itens cuja resposta foi “não sei/prefiro não responder”); o valor gerado tornou-se a média individual para a escala de estereótipos positivos.

Para restrições, as respostas para “internação involuntária” foram codificadas como: “concordo”=3 e “não concordo”=1. Para “manter carteira de motorista” e “manter o direito de votar”, as respostas foram codificadas como: “concordo”=1 e “não concordo”=3. Como eram apenas duas respostas possíveis, optou-se em codificá-las em 1 ou 3 para que a média gerada pudesse ser comparada com a média nas outras escalas. As respostas aos 3 itens foram somadas e a soma foi dividida pelo número de questões efetivamente respondidas (excluindo-se itens cuja resposta foi

“não sei/prefiro não responder”); o valor gerado tornou-se a média individual para a escala de restrições.

Para preconceito percebido havia 5 itens denotando opiniões positivas da sociedade e 4 itens denotando opiniões negativas. As respostas para os itens de opiniões positivas foram codificadas da seguinte maneira: “discordo totalmente”=3, “concordo em partes”=2, “concordo totalmente”=1. Os itens sugerindo opiniões negativas da sociedade foram codificados de maneira inversa. As respostas aos 9 itens foram somadas e a soma foi dividida pelo número de questões efetivamente respondidas (excluindo-se itens cuja resposta foi “não sei/prefiro não responder”); o valor gerado tornou-se a média individual para a escala de preconceito percebido.

Para distância social, as respostas foram codificadas da seguinte maneira: “em nenhuma ocasião”=3, “talvez”=2, “com certeza”=1. As respostas aos 7 itens foram somadas e a soma foi dividida pelo número de questões efetivamente respondidas (excluindo-se itens cuja resposta foi “não sei/prefiro não responder”); o valor gerado tornou-se a média individual para a escala de distância social.

5.2.2. Resultados

A Figura 4 descreve as médias geradas pelos psiquiatras nas escalas de estigma. O que se pode notar é que em todas as escalas as médias se aproximam do valor máximo de estigma. Exceção feita apenas para distância social, onde os psiquiatras parecem ter apresentado opiniões bastante positivas neste quesito, já que a média se aproximou do valor de estigma mínimo.

As escalas de estereótipos são as únicas em que as respostas podem denotar tanto a presença de estigma ruim quanto de “estigma positivo”. O psiquiatra pode responder que uma característica boa como “talentoso”, por exemplo, pode estar mais presente na pessoa com esquizofrenia do que na pessoa da população geral. Da mesma forma pode responder também que “perigoso” está menos presente no indivíduo com esquizofrenia do que em alguém da população geral. Assim, como

mostra a figura, valores médios entre 1 e 2 apontariam para a presença de “estigma positivo” relacionado à pessoa com esquizofrenia. No entanto mesmo com esta possibilidade nestas questões, os valores médios nos estereótipos tenderam a se aproximarem do valor 3, de maior estigma negativo.

Figura 4 – Valores médios e desvios padrões das escalas de estigma

* Exclusivamente nas duas escalas de estereótipos, o valor 2 representa uma posição neutra onde os estereótipos são relacionados igualmente ao indivíduo com esquizofrenia e ao indivíduo da população geral. Acima deste valor os estereótipos estão mais associados à esquizofrenia, e abaixo deste valor os estereótipos estão menos associados. As outras três escalas são unidimensionais.

Com relação às outras escalas de estigma, os psiquiatras tenderam a não apresentar desejo por distância social; as respostas à possibilidade de participação em situações sociais mais frequentemente utilizadas foram “com certeza”. No entanto em preconceito percebido e em restrições as pontuações aproximaram-se dos valores de maior estigma.

5.2.3. Discussão

Coloca-se aqui a questão: os psiquiatras estigmatizam ou não seus pacientes? Na descrição das respostas dadas aos itens individuais (seção 5.1) pôde se perceber que a maioria das opiniões tendia ao estigma; além disso, quando sintetizadas em

escores médios, em 3 das 4 escalas os valores tendiam ao valor de maior estigma contra o indivíduo com esquizofrenia. O escore médio em distância social foi uma exceção, demonstrando que o psiquiatra não apresente relutância em entrar em contato social com a pessoa com esquizofrenia.

Uma primeira hipótese a ser levantada, dada esta discrepância, é a possibilidade de que psiquiatras apresentem crenças estigmatizantes, mas dêem respostas socialmente desejáveis quando avaliados por questionários com tais temas polêmicos^{96, 97}. Exemplificando: estereótipos são estruturas de conhecimento que geralmente alimentam atitudes e comportamentos preconceituosos, o que chamamos de discriminação, conforme definimos anteriormente¹³. Ao olharmos para a escala de restrições, que foi aplicada logo a seguir da escala de estereótipos, vemos que a teoria faz sentido e reflete-se na nossa amostra uma vez que a estereotipagem negativa é seguida de alto grau de restrições aos direitos civis de indivíduos com esquizofrenia. No entanto para distância social, escala que foi aplicada por último, o padrão de respostas inverte-se e as opiniões são majoritariamente benignas. Podemos aventar a hipótese de que os psiquiatras, tendo tomado conhecimento do tema abordado no questionário, mais ao final dele optaram por dar respostas mais agradáveis na escala de distância social. Além disso, a escala de distância social é mais direta em avaliar o estigma do participante, já que pergunta se o entrevistado participaria nas situações sociais designadas. Estas respostas representariam então o fenômeno da desejabilidade social (*“social desirability bias”*), comumente observado em pesquisas de opinião abordando temas polêmicos. O fato de a pesquisa ter sido conduzida face-a-face, no principal evento científico nacional da categoria, por uma renomada empresa de pesquisa, pode também ter reforçado este viés.

Ainda neste tema, Griffiths e colaboradores⁶⁸, conduzindo uma pesquisa de opinião sobre o estigma relacionado à doença mental no Japão e na Austrália, observaram que os níveis de preconceito percebido foram maiores do que os níveis de preconceito relatado pelo próprio respondente. Eles levantaram a hipótese de que a desejabilidade social fez com que os participantes pontuassem baixo em perguntas avaliando as suas próprias opiniões, mas, projetando o seu preconceito a outros, apresentassem pontuações altas em questões de preconceito percebido. Pode-se

especular que aqui também possa ter havido este efeito; em perguntas sobre “o que a você acha que alguém pensaria sobre um indivíduo com esquizofrenia”, as pontuações foram bastante altas, tendendo ao escore de máximo estigma. No entanto, quando foram feitas perguntas diretas sobre se o respondente trabalharia, viveria como vizinho ou sairia para um encontro, com uma pessoa com esquizofrenia, as pontuações inversamente tenderam aos escores de menor estigma.

Como o estigma foi detectado aqui através das escalas de estereótipos e de restrições, uma segunda hipótese seria a de que os psiquiatras apresentam preconceito contra indivíduos com esquizofrenia, mas não apresentam discriminação. Ou seja, quando questionados sobre o componente ideativo do estigma, realmente possuem idéias preconceituosas, como achar que pessoas com esquizofrenia são mais esquisitas, com menos higiene e mais imprevisíveis que alguém da população geral; pensar que eles não deveriam votar e não deveria se permitir que dirigissem. No entanto, apesar deste componente ideativo preconceituoso, psiquiatras não se oporiam a participar de situações sociais com tais indivíduos.

Concluindo, pudemos observar que os psiquiatras brasileiros apresentaram estigma contra pessoas com esquizofrenia. Fica a dúvida se, apesar do preconceito os psiquiatras de fato não discriminam indivíduos com a doença, até mesmo por causa da profissão que têm, ou se o baixo desejo por distância social representa na verdade um viés de desejabilidade social. Todas estas questões serão discutidas em mais detalhes em seções posteriores, conforme análises mais detalhadas da amostra são realizadas.

5.3. Determinantes de estigma nos psiquiatras

5.3.1. Estatística

De acordo com as pontuações médias individuais em cada uma das quatro escalas de estigma, conforme descrito na metodologia da seção anterior, os psiquiatras foram classificados em 10 decis iguais. Uma variável dicotômica para cada escala foi então gerada agrupando-se os 9 primeiros decis para compará-los

com o decil 10. Ou seja, os 10 por cento dos participantes com as maiores pontuações nas escalas de estigma foram comparados com os demais participantes. Escolheram-se os 10 por cento mais estigmatizadores para se amplificar os efeitos dos determinantes do estigma em nossa amostra; ao se realizar esta escolha em teoria se poderá perceber com mais clareza a influência de fatores com pequeno efeito. Tais variáveis binárias de estigma foram utilizadas como variáveis dependentes em modelos de regressão logística.

Treze indicadores foram utilizados (categorias das variáveis indicadas entre parênteses): idade (até 30 anos; entre 31-40 anos; entre 41-50 anos; 51 anos ou mais), sexo (masculino versus feminino), ter filhos (sim x não), formação (sem doutorado *versus* doutorado e pós-doutorado), experiência profissional (trabalho na psiquiatria iniciado antes de 1980; começou entre 1981-1990; começou entre 1991-2000; começou em 2001 ou depois), experiência com membro da família com doença mental (nenhum membro de sua família ou nenhum contato com familiar doente; raramente vê familiar doente; vê familiar doente várias vezes por mês; vê familiar doente várias vezes por semana; vê familiar doente diariamente), já recebeu prescrição de drogas psicofarmacológicas para si próprio (sim x não), trabalhando em um hospital público (sim x não), trabalhando em um hospital privado (sim x não), trabalhando em uma instituição pública ambulatorial (sim x não), trabalhando em um hospital universitário (sim x não), trabalhando em consultório (sim x não), e trabalhando para convênio de saúde (sim x não).

Para as análises estatísticas, coeficientes de Pearson foram calculados para a matriz de correlação das quatro escalas contínuas de estigma. Associações bivariadas entre os indicadores e as escalas dicotômicas de estigma foram analisadas com tabulações cruzadas e qui-quadrado de Pearson para testar a significância. Todos os indicadores que foram significativamente associados a determinada escala foram inseridos como variáveis independentes em um modelo de regressão logística com a respectiva escala de estigma dicotomizada como variável dependente (decis 1-9 *versus* decil 10). Usamos o método “*backward*” (Wald), que é apropriado para análises exploratórias com vários preditores com potenciais inter-correlações. A

percentagem de variância total explicada foi fornecida com estimativas R quadrados de Nagelkerke. Todas as análises estatísticas foram realizadas com SPSS versão 18.

5.3.2. Resultados

Resultados para os modelos de regressão logística são descritos na Tabela 6. Para a escala de estereótipos positivos, psiquiatras com idade maior que 41 anos tenderam a apresentar maior grau de estigma, ou seja, psiquiatras mais velhos associaram menos qualidades positivas a pessoas com esquizofrenia (OR=1,91-2,06). Já para distância social ser do sexo feminino foi um fator protetor (OR=0,67, IC95%=0,46-0,99). Trabalhar em hospital psiquiátrico universitário também foi um fator protetor para desejo por distância social (OR=0.58, IC95%=0.38-0.89). Para preconceito percebido ter idade maior que 50 anos constituiu-se um fator de proteção (OR=0.47, IC95%=0.28-0.77).

Tabela 6 – Modelos finais de regressões logísticas *stepwise backwards* para as escalas de estigma (decils 1-9 x 10º decil).

	Estereótipos positivos	Distância social	Preconceito percebido
Variável	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Sexo masculino	*	1,0	
Sexo feminino		<i>0,67 (0,46-0,99)</i>	
Idade <30	1,0	*	1,0
Idade 31-40	1,04 (0,54-2,00)		1,27 (0,83-1,94)
Idade 41-50	<i>2,06 (1,11-3,81)</i>		1,18 (0,75-1,84)
Idade >50	<i>1,91 (1,05-3,44)</i>		<i>0,47 (0,28-0,77)</i>
Não trabalha em HPU ¹	*	1,0	*
Trabalha em HPU ¹		<i>0,58 (0,38-0,89)</i>	

¹HPU: Hospital psiquiátrico universitário

* Variável não presente no modelo final

Itálico: p<0.05

5.3.3. Discussão

É interessante mencionar que, em nossa amostra, os psiquiatras mais jovens apresentaram maior preconceito percebido e menor estereotipagem positiva. Três fatores podem contribuir para explicar este achado.

O primeiro tem a ver com a formação médica. Ao longo do tempo modelos explicativos da psiquiatria para os transtornos mentais mudaram do bio-psico-social para modelos mais biológicos^{98, 99}. Isso evidentemente foi alimentado por um maior conhecimento do funcionamento biológico do cérebro. No entanto, com isto o risco de um reducionismo biológico aumenta^{7, 100}; esta crença reduz todos os fenômenos sociais e psicológicos a meras reações biológicas, muitas vezes determinísticas, destituindo o significado e importância simbólica que tais fenômenos têm. O reducionismo biológico por sua vez é comumente associado a sentimentos desumanizantes com relação a indivíduos com transtornos mentais^{13, 101, 102}. Assim, psiquiatras recém-formados poderiam erradamente usar uma compreensão estritamente biológica da doença mental para servir-lhes como instrumental intelectual e fonte para o estigma^{48, 51, 103, 104}. Da mesma forma, hipoteticamente em hospitais psiquiátricos universitários haveria uma compreensão mais adequada dos avanços científicos sobre a biologia do cérebro, ao contrário do reducionismo biológico estigmatizante; como consequência aqueles que lá trabalham demonstrariam menor distância social.

O segundo fator tem a ver com a prática profissional. Psiquiatras mais velhos supostamente demonstrariam menos estigma por causa de sua experiência. De acordo com Corrigan e Penn⁷⁵, entrar em contato com indivíduos com transtorno psiquiátrico pode ajudar a reduzir o estigma. Conforme o psiquiatra fica mais velho e acumula experiência a partir do contato dia-a-dia com pessoas com transtornos mentais, o estigma tenderia a diminuir ao longo do tempo, seguindo a teoria destes autores.

Podemos ainda justificar em parte a maior idade relacionada a um menor estigma pela teoria de desenvolvimento moral de Kohlberg¹⁰⁵. Segundo o autor haveria três estágios principais de desenvolvimento moral: o pré-convencional, em

geral presente em crianças e adolescentes; o convencional, presente nos adultos; e o pós-convencional, observado em pessoas mais velhas. No primeiro estágio as atitudes são orientadas por princípios egoísticos; na segunda há a incorporação de normas morais da sociedade; na terceira princípios universais são incorporados, princípios estes que podem questionar as normas morais da sociedade, se elas não estiverem orientadas a atitudes humanísticas, por exemplo. Enquanto que algumas pessoas podem nunca chegar a atingir este terceiro nível, Kohlberg descreve que neste estágio a pessoa é capaz de se colocar no papel do outro, há um pensamento moral mais dialético. É possível que dentre os psiquiatras mais velhos haja uma maior possibilidade de haver indivíduos capazes de se colocar no papel do indivíduo com esquizofrenia, entendendo seu sofrimento e suas angústias, ao invés de estigmatizá-lo.

Por fim, as razões pelas quais os psiquiatras mais jovens estigmatizam seus pacientes poderiam ser resultado também da Reforma Psiquiátrica ocorrendo atualmente no Brasil, que transfere indivíduos com transtornos psiquiátricos de hospitais fechados para tratamento na comunidade. Este processo não está sendo conduzido com muito cuidado, e está gerando uma sobrecarga de pacientes nos serviços ambulatoriais e longas listas de espera para a internação em hospitais psiquiátricos de curta permanência¹⁰⁶. Consequentemente muitos destes doentes em regime ambulatorial são insuficientemente tratados e ficam desestabilizados. Pacientes muito sintomáticos e com mau controle da doença acabariam, em teoria, também contribuindo para uma impressão negativa que psiquiatras iniciando suas carreiras neste tipo de ambiente têm sobre os pacientes psiquiátricos¹⁰⁷.

Concluindo, observamos que o estigma em relação às pessoas com esquizofrenia é muito presente em psiquiatras que vivem e trabalham em países que passam por profundas reformas na saúde mental. Isso é preocupante porque os profissionais de saúde mental em teoria deveriam ser as melhores pessoas para educar a população sobre o estigma e a discriminação dos doentes mentais. Sentimos, portanto, que antes que campanhas anti-estigma para a população geral sejam iniciadas, precisamos de mais informações sobre o porquê os psiquiatras estigmatizam seus pacientes e como poderíamos mudar as suas atitudes negativas.

5.4. Perfis de estigma entre os psiquiatras

5.4.1. Estatística

Para procurar por possíveis perfis de estigma nos psiquiatras, o método de análises de perfis latentes (APL) foi utilizado¹⁰⁸. A APL é semelhante à análise de classes latentes; enquanto que a primeira pode lidar com variáveis contínuas e categóricas, esta última lida apenas com variáveis dicotômicas. A APL também se baseia no princípio de independência condicional, que determina que as classes devem ser criadas de tal modo que as variáveis indicadoras destas classes não sejam estatisticamente correlacionadas¹⁰⁹.

Desta forma, todos os 31 itens das quatro escalas estigma (12 estereótipos, 3 restrições, 9 itens para preconceito percebido e 7 para distância social) foram selecionados como indicadores e avaliados com relação a dependência local. Para esta avaliação, cada item foi combinado dois a dois com outro item dentro de uma mesma escala, formando pares; para cada par possível, foram calculados o Qui-quadrado de Pearson e o valor z residual relacionado ao modelo bivariado de adequação de informação (para todas as combinações possíveis de respostas de cada par^{*}). Quando mais de 50% dos escores z residuais eram superiores a 1,96 ou abaixo de -1,96, e quando Pearson qui-quadrado era superior a 50000, foi considerado que os itens deste par apresentavam dependência local. Por fim o julgamento clínico decidiu se essas duas variáveis deveriam ser fundidas em uma nova variável.

Desta forma, os estereótipos "sem higiene", "anormal" e "estranho" foram fundidos em um novo item: "estranheza". "Criativo", "inteligente" e "talentoso" foram fundidos em "talentoso". Para o preconceito percebido, "as pessoas pensam menos de" e "as pessoas não iriam contratar para cuidar de seus filhos" foram fundidos em "pensar menos / não contratar para cuidar de crianças"; "pessoas

* para dois itens de distância social, itens a) e b) por exemplo, teríamos 9 combinações: 1 - a)“em nenhuma ocasião”x b)“em nenhuma ocasião”; 2 - a)“em nenhuma ocasião”x b)“talvez”; 3 - a)“em nenhuma ocasião”x b)“com certeza”; 4 - a)“talvez”x b)“em nenhuma ocasião”; 5 - a)“talvez”x b)“talvez”; 6 - a)“talvez”x b)“com certeza”; 7 - a)“com certeza”x b)“em nenhuma ocasião”; 8 - a)“com certeza”x b)“talvez”; 9 - a)“com certeza”x b)“com certeza”.

tomariam sua opinião menos a sério" e "as mulheres não sairiam com" também foram fundidos em "desvalorização/relutância em encontrar". Para distância social, as variáveis "recomendar um trabalho", "permitir o casamento com familiar" e "cuidar de seus filhos" foram fundidas em "trabalho/casamento/cuidar de crianças". Para restrições todos os itens foram localmente independentes.

Consequentemente, os 31 itens originais foram reduzidos para 23 itens localmente independentes. Estes itens foram inseridos em modelos de perfis latentes para testar o número mais adequado de perfis; menor critério de informação de Akaike (AIC), menor critério de informação Bayesiano (BIC), melhor valor de entropia e um valor estatisticamente significativo ($p < 0,05$) no índice de Vuong-Lo-Mendell-Rubin serviram como parâmetros para indicar a melhor solução. A probabilidade condicional de adesão à classe de cada item foi calculada para esta melhor solução.

Regressão logística multinomial foi então conduzida para avaliar os fatores associados a cada perfil. Além de variáveis sociodemográficas, itens possivelmente relacionados com o estigma de acordo com a literatura atual (por exemplo, contato pessoal com a doença mental, o ambiente de trabalho) constituíram variáveis independentes. Assim, as seguintes 13 variáveis entraram no modelo (categorias das variáveis, quando cabível, entre parêntesis): a idade (até 30 anos de idade [a.i.]; 31-40 a.i.; 41-50 a.i.; 51-60 a.i.; 61 anos e mais), sexo (masculino *versus* feminino), estado civil (solteiro, casado, casado anteriormente), ter filhos (sim x não), formação (sem grau de doutorado *versus* grau de doutorado ou pós-doutorado), frequência de contato com o membro da família com transtorno psiquiátrico (não tem familiar doente; vê raramente ou algumas vezes por mês; vê várias vezes por semana ou diariamente), busca individual de ajuda profissional e recebimento de prescrição de psicofármacos (nunca procurou ajuda; procurou ajuda, não recebeu prescrição; procurou ajuda, recebeu prescrição), local de trabalho (hospital público, hospital privado, ambulatório de serviço público, hospital universitário, consultório particular, ambulatório de convênios: sim x não). As análises foram realizadas com o PASW Statistics 18 e Mplus 5 para Windows. Testes usados foram bilaterais com nível de significância de 0,05.

5.4.2. Resultados

A solução com três classes de agrupamento foi a melhor, pois apresentou um dos menores valores de AIC, o menor valor de BIC, a melhor entropia e foi o maior número de classes com valor de Vuong-Lo-Mendell-Rubin estatisticamente significativo (Tabela 7).

Tabela 7 – Análise de perfis latentes de respostas dos psiquiatras aos questionários de estigma

	AIC	BIC	Entropia	razão de probabilidade de VLMR ^a (p)
2 classes	43993.219	44481.858	0.660	<0.001
3 classes	43429.716	44165.301	0.703	<0.001
4 classes	43227.766	44210.297	0.694	0.0705

^a VLMR: Vuong-Lo-Mendell-Rubin

As tabelas 8, 9 e 10 indicam a probabilidade condicional de cada item de resposta no respectivo perfil. O perfil 1 teve 337 (23,8%) indivíduos, e a idade média foi de 45,8 anos. Comparando estes indivíduos com psiquiatras de outros perfis, eles foram os que mais acharam que os estereótipos negativos estão menos presentes no indivíduo com esquizofrenia do que na população em geral (14,0-18,2% *versus* 5,3-13,8%). Para estereótipos positivos, eles foram os que mais marcaram a opção "mais presente" (7,5% -8,6% *versus* 3,6-6,8); exceção feita para "talentoso" (9,8% *versus* 4,9-11,0%). No que diz respeito às restrições, pessoas deste perfil tiveram a maior porcentagem de discordância com internação involuntária (5,5% *versus* 0,6-2,5%) e com restrição ao direito de votar (86,6% *versus* 58,8-86,3%). Com relação ao preconceito percebido, a maioria das pessoas respondeu "concordo parcialmente" às declarações (40,5-67,2% *versus* 4,5-32,1), e também tenderam a acreditar que a sociedade não estigmatiza indivíduos com esquizofrenia (pontuação em "sociedade não estigmatiza" = 3,9-24,4% contra "a sociedade estigmatiza" = 0,8-7,0%). A escala de distância social apresentou escores intermediários em comparação com os outros perfis, mas foram em geral baixos com predominância de pontuações "sim" (82,4-91,4%); exceção feita para o "trabalho/casamento/cuidar de crianças" ("talvez" = 59,1%). Como este perfil conteve indivíduos apresentando crenças positivas, ele foi nomeado como "benevolentes".

Tabela 8 – Tamanho e características da classe, de acordo com a probabilidade condicional dos indivíduos em cada item de respostas (estereótipos e restrições)

Dimensão de estigma			Perfil 1 (n=337) benevolentes	Perfil 2 (n=471) imparciais	Perfil 3 (n=606) discriminadores
	Item	Resposta ^a	(%)	(%)	(%)
Estereótipos negativos	Perigoso	Mais	12.8	8.5	35.9
		Igualmente	69.0	80.2	54.1
		Menos	18.2	11.3	10.0
	Imprevisível	Mais	47.5	38.7	84.8
		Igualmente	38.5	56.0	8.6
		Menos	14.0	5.3	6.6
	Estraho	Mais	36.2	38.9	72.9
		Igualmente	48.1	55.8	16.9
		Menos	15.7	5.3	10.2
	Não confiável	Mais	6.5	2.2	29.2
		Igualmente	78.9	92.3	57.0
		Menos	14.6	5.5	13.8
Estereótipos positivos	Saudável	Menos	44.9	56.9	81.2
		Igualmente	47.6	39.4	15.2
		Mais	7.5	3.7	3.6
	Controlado	Menos	44.9	40.4	82.9
		Igualmente	46.5	55.3	11.1
		Mais	8.6	4.3	6.0
	Talentoso	Menos	8.0	7.0	24.8
		Igualmente	82.2	88.1	64.2
		Mais	9.8	4.9	11.0
	Racional	Menos	33.9	35.0	80.0
		Igualmente	57.7	58.8	13.2
		Mais	8.4	6.2	6.8
Restrições	Intenação involuntária	Concordo	94.5	99.4	97.5
		Não concordo	5.5	0.6	2.5
	Não devia ter carta de motorista	Concordo	2.7	0.9	12.4
		Não concordo	97.3	99.1	87.6
	Não devia votar	Concordo	13.4	13.7	41.2
		Não concordo	86.6	86.3	58.8

Negrito: maior porcentagem na linha;

^a: a primeira resposta, de cima para baixo, sempre corresponde à resposta mais estigmatizadora

Tabela 9 – Tamanho e características da classe, de acordo com a probabilidade condicional dos indivíduos em cada item de respostas (preconceito percebido)

Dimensão de estigma			Perfil 1 (n=337)	Perfil 2 (n=471)	Perfil 3 (n=606)
			Benevolentes	Imparciais	Discriminadores
	Item	Resposta ^a	(%)	(%)	(%)
Preconceito percebido	Aceitar como amigo	Não concordo	22.7	87.0	73.0
		Parcialmente	67.2	10.9	22.5
		Concordo	10.1	2.1	4.5
	Tão inteligente quanto alguém da população	Não concordo	27.4	79.0	60.9
		Parcialmente	48.2	17.8	32.1
		Concordo	24.4	3.2	7.0
	Aceitar como professor de primário	Não concordo	40.0	92.8	78.5
		Parcialmente	46.6	4.5	16.2
		Concordo	13.4	2.7	5.3
	pensar menos / não contratar para cuidar de crianças	Concordo	55.6	84.3	83.0
		Parcialmente	40.5	14.6	15.5
		Não concordo	3.9	1.1	1.5
	Contratar para emprego	Não concordo	29.8	79.6	67.0
		Parcialmente	49.3	18.5	28.5
		Concordo	20.9	1.9	4.5
	Tratar de maneira igual	Não concordo	46.5	92.1	85.8
		Parcialmente	46.1	6.2	12.5
		Concordo	7.4	1.7	1.7
	desvalorização/ relutância em encontrar	Concordo	55.3	82.0	80.7
		Parcialmente	43.2	16.6	18.5
		Não concordo	1.5	1.4	0.8

Negrito: maior porcentagem na linha;

^a: a primeira resposta, de cima para baixo, sempre corresponde à resposta mais estigmatizadora

O perfil 2 continha 471 (33,3%) indivíduos, com idade média de 40,8 anos. Em comparação com os outros perfis, tanto para os estereótipos negativos (55,8-92,3% *versus* 8,6-78,9%) quanto para os positivos (55,3-88,1% *versus* 11,1-82,2%) a resposta "igualmente presente" foi a mais escolhida. Exceção foi estereótipo "saudável" ("igualmente presente" = 47,6% para o perfil 1 *versus* 39,4% para o perfil 2). Com relação à escala de restrições, eles foram os que mais concordaram com

Tabela 10 – Tamanho e características da classe, de acordo com a probabilidade condicional dos indivíduos em cada item de respostas (distância social)

Dimensão de estigma		Perfil 1 (n=337) Benevolentes	Perfil 2 (n=471) Imparciais	Perfil 3 (n=606) Discriminadores
	Item	Resposta ^a	(%)	(%)
Distância social	Trabalhar	Nunca	0.0	0.2
		Talvez	13.1	10.4
		Sim	86.9	89.4
	Ser vizinho	Nunca	0.6	1.3
		Talvez	17.0	7.4
		Sim	82.4	91.3
	Apresentar amigo	Nunca	0.0	0.0
		Talvez	8.6	5.7
		Sim	91.4	94.3
	Encontrar (almoço, jantar, festa)	Nunca	0.3	0.4
		Talvez	14.8	7.7
		Sim	84.9	91.9
	trabalho/ casamento/ cuidar de crianças	Nunca	4.2	3.6
		Talvez	59.1	54.8
		Sim	36.7	41.6

Negrito: maior porcentagem na linha;

^a: a primeira resposta, de cima para baixo, sempre corresponde à resposta mais estigmatizadora

internação involuntária (99,4% *versus* 94,5-97,5%). Para preconceito percebido eles foram os que mais acreditaram que a população tinha opiniões preconceituosas sobre a esquizofrenia (79,0-92,8% *versus* 22,7-85,8%). Quanto ao desejo por distância social, pessoas deste perfil foram as que mais demonstraram vontade de se envolver em situações sociais com pessoas com esquizofrenia, em comparação com os outros perfis (41,6-94,3% *versus* 8,4-91,4%). Devido às respostas neutras em estereótipos e aos resultados discrepantes em outras dimensões, este perfil foi nomeado como "imparciais".

O perfil 3 teve a maioria dos indivíduos (n = 606, 42,3%) e a idade média foi de 43,9 anos. Comparados com os outros perfis, eles foram os que mais endossaram que os estereótipos negativos estavam mais presentes (29,2-84,8% *versus* 2,2-47,5%) e estereótipos positivos menos presentes (24,8-82,9% *versus* 7,0-56,9%) em

indivíduos com esquizofrenia. Eles foram os que mais concordaram com a restrição a habilitação de motorista (12,4% *versus* 0,9-2,7%) e a restrição ao direito de voto (41,2% *versus* 13,4-13,7%). No que tange a distância social, eles também foram os que mais marcaram a opção de que "nunca" se envolveriam nas situações sociais especificadas (1,5-21,1% *versus* 0,0-4,2%); além disso, a resposta "sim" demonstrou os valores mais baixos comparativamente aos outros perfis (8,4 -81,1% *versus* 36,7-94,3%). Em relação aos outros perfis psiquiatras deste grupo apresentaram escores intermediários em preconceito percebido, mas em geral eles acharam que a sociedade estigmatiza indivíduos com esquizofrenia (60,9-85,8%). Desta forma este perfil foi nomeado como "discriminadores".

Figura 5 – Resumo dos perfis de crenças dos psiquiatras sobre a esquizofrenia

Dimensão de estigma	Perfil 1 (n=337) Benevolentes	Perfil 2 (n=471) Imparciais	Perfil 3 (n=606) Discriminadores
Estereótipos Positivos	=	=	↑
Estereótipos Negativos	=	=	↑
Restrições	↓	=	↑
Preconceito Percebido	=	↑	↑
Distância Social	↓	↓	↓

Legenda:

= : opinião neutra

↓ : opinião benigna, pouco estigma

↑ : opinião preconceituosa, muito estigma

Análises estatísticas com Qui-quadrado de Pearson mostraram que os escores em todas as perguntas acima foram estatisticamente diferentes entre os perfis (p

<0,001), sendo a idade média também estatisticamente diferente entre os grupos, como calculado pela ANOVA ($F = 16,952$, $p < 0,001$).

Os resultados da regressão logística multinomial são mostrados na tabela 11. Tomamos o perfil "benevolentes" como a classe de referência para avaliar que fatores determinam os outros dois perfis, uma vez que estes estão associados ao estigma. Assim comparativamente, os indivíduos do perfil "imparcial" eram significativamente mais jovens, com faixas etárias abaixo de 50 anos mostrando correlações estatisticamente significativas ($OR = 2,61-4,00$). Quanto ao perfil "discriminadores", a faixa etária entre 31 e 40 anos esteve significativamente correlacionada ($OR = 1,79$, 95% CI 1,08-2,97), e ter "contato raro" com um familiar com a doença mental foi protetor para a filiação a este perfil ($OR = 0,71$, IC95% = 0,50-0,99). Todos os outros fatores não estiveram significativamente correlacionados.

Tabela 11 – Regressão logística multinominal entre variáveis sociodemográficas e contato com doença mental e perfis, modelos ajustados (n=1414)

	Perfil 2 Imparciais		Perfil 3 Discriminadores	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Idade				
18 a 30 anos	4,00 (1,98-8,09)	<0,001	1,25 (0,66-2,35)	0,49
31 a 40 anos	3,50 (1,93-6,35)	<0,001	1,79 (1,08-2,97)	<0,05
41 a 50 anos	2,61 (1,48-4,60)	<0,001	1,31 (0,81-2,12)	0,26
51 a 60 anos	1,59 (0,91-2,80)	0,11	0,94 (0,59-1,50)	0,79
61 anos ou mais	ref.		ref.	
Contato com familiar com doença psiquiátrica				
Sem familiar	*		0,80 (0,58-1,12)	0,19
Contato raro			0,71 (0,50-0,99)	<0,05
Contato freqüente			ref.	

NOTA: o perfil 1 foi a referência para os modelos de regressão

Negrito: associações significantes

*: não esteve presente no modelo final

5.4.3. Discussão

Os resultados demonstraram que três perfis diferentes de estigma podem ser discernidos nesta amostra de psiquiatras brasileiros. O perfil "benevolente" foi o menor grupo; psiquiatras estereotiparam positivamente indivíduos com esquizofrenia, apresentaram maior desaprovação a restrições, e tiveram a melhor impressão sobre o estigma que a sociedade tem para com a esquizofrenia. O perfil "imparcial" continha indivíduos significativamente mais jovens, que igualaram indivíduos com esquizofrenia e a população em geral com relação a estereótipos. Eles apresentaram menor distância social, mas foram os que mais concordaram com admissão involuntária, mostrando também o maior preconceito percebido. A maioria dos psiquiatras estava no perfil "discriminadores". Eles estereotiparam negativamente indivíduos com esquizofrenia, a maioria deles concordou com as restrições, e eles demonstraram a maior distância social. Houve significativamente mais indivíduos com 31 a 40 anos de idade neste perfil, e significativamente menos pessoas com contacto raro com um familiar com transtorno psiquiátrico.

Como até o momento não há consenso na literatura internacional sobre a questão de se os profissionais de saúde mental estigmatizam ou não seus pacientes⁹⁷, especulamos aqui que um fator importante a ser colocado em perspectiva nestas análises é a heterogeneidade da classe profissional, especialmente quando falamos dos psiquiatras¹¹⁰. Na seção 5.1 e 5.2 foi demonstrado que no geral psiquiatras têm crenças estigmatizantes sobre indivíduos com esquizofrenia. No entanto, a investigação revelou que há padrões distintos de estigma nos psiquiatras, e que nem todos eles mostram crenças negativas; quase um quarto da amostra indicou opiniões benignas, como pudemos ver no perfil "benevolente". Comparado com os outros perfis, os "benevolentes" eram significativamente mais velhos, o que talvez ilustre a hipótese discutida anteriormente, de que o contato com pessoas com transtorno mental, aqui proveniente de uma experiência profissional maior, pode diminuir o estigma⁷⁵. Lewis et al.¹¹¹ também verificaram que os psiquiatras mais velhos esperavam menos violência de uma pessoa com psicose e previam melhores prognósticos para elas do que seus colegas mais jovens. Conforme posto anteriormente, pode ser possível também que isto represente os diferentes tipos de treinamento que estes psiquiatras tiveram^{7, 112}, considerando que psiquiatras mais

jovens tenham tido mais acesso à base biológica de distúrbios mentais, um tipo de conhecimento que normalmente envolve maior risco de associação ao estigma^{48, 52, 113-115}.

O grupo "imparcial" continha indivíduos com opiniões incertas. Com base na baixa distância social e na atribuição neutra de estereótipos, uma hipótese seria a de que os psiquiatras neste perfil realmente acham que os indivíduos com esquizofrenia são iguais a qualquer outra pessoa nas características mencionadas, não tendo receio de se envolver em situações sociais tais indivíduos. Um alto preconceito percebido assim representaria uma impressão genuína sobre o estigma que a sociedade coloca nas pessoas com esquizofrenia.

No entanto, essas respostas também podem ter sido influenciadas pelo viés de desejabilidade social¹¹⁶. Uma vez que a escala de preconceito percebido é uma forma de questionamento indireto¹¹⁷, pontuações mais altas nela poderiam muito bem ser um indicador de idéias preconceituosas dos próprios psiquiatras^{17, 97}. Retomando o que foi discutido anteriormente, Griffiths et al.⁶⁸ também observaram que medidas de preconceito percebido foram maiores do que as de estigma pessoal, aventando a hipótese de que os respondentes estavam possivelmente projetando suas crenças estigmatizantes para outros com altas pontuações em preconceito percebido. Considerando essa interpretação, as respostas neutras sobre estereótipos representariam um "viés de tendência central"¹¹⁸, um comportamento observado com frequência ao se avaliar questões polêmicas^{119, 120}. Neste tipo de viés a pessoa evita se comprometer pela revelação de suas crenças negativas; não consegue avaliar a pessoa com esquizofrenia como tendo qualidades positivas, mas também fica receosa de qualificá-la com características negativas; opta majoritariamente pelas opções imparciais. A maior taxa de concordância com a admissão involuntária reforça a suspeita sobre crenças estigmatizantes disfarçadas dos respondentes. Conseqüentemente, a presença significativamente maior de indivíduos mais jovens neste perfil nos permite especular que: 1) ou psiquiatras inexperientes realmente estigmatizam menos, mas possivelmente superestimam o estigma vindo da sociedade, ou 2) menor experiência profissional aumenta a possibilidade de dar respostas politicamente corretas, sendo que esses profissionais estariam mais preocupados com a rejeição causada por suas opiniões negativas.

A maioria dos psiquiatras em nossa amostra se agrupou no perfil "discriminadores". Eles foram os que apresentaram as piores crenças em todas as dimensões, exceto em preconceito percebido. Esse grupo tinha significativamente mais pessoas com idade entre 31 e 40 anos, representando um grupo de psiquiatras que terminaram a sua formação em média 5 a 10 anos atrás, e estão começando a sua carreira. Este fato pode hipoteticamente ter a influência concomitante de dois fatores: a) estas pessoas apresentariam mais estigma em comparação com os psiquiatras mais velhos, visto estes indivíduos podem não ter tido ainda contato suficiente com a doença mental, ocasionada pela experiência profissional, que poderia diminuir o estigma¹¹¹. b) Mas por outro lado, teriam mais estigma quando comparado com pessoas muito jovens; pode ser possível que eles demonstrem mais estigma uma vez que foram treinados em uma década em que a consciência da questão do estigma não era presente ainda¹²¹. A literatura mostra que a grande maioria dos estudos sobre estigma e as campanhas anti-estigma começaram em meados da década de 90, sendo que as publicações surgiram com mais frequência a partir de 2000¹²².

Um achado interessante foi o de que indivíduos com contato raro com um familiar com transtorno psiquiátrico estiveram significativamente sub-representados neste perfil. Contato em geral é benéfico contra o estigma, possivelmente explicando por que as pessoas sem contato com alguém com doença mental demonstraram maior estigma^{123, 124}. Isso pode ser verdade, contanto que o contato não ultrapasse certo grau; contato frequente também foi associado com alto estigma neste perfil. Achados anteriores relatam que o estigma e o desejo por distância social aumentam conforme as situações implicam maior proximidade social^{125, 126}. Assim verifica-se que apenas as pessoas com certo nível de contato, ou seja, aqueles com contato raro (nem contato excessivo nem contato inexistente), estiveram menos propensos a serem incluídos neste perfil de grande preconceito, dos "discriminadores".

6. A POPULAÇÃO GERAL E O ESTIGMA DA ESQUIZOFRENIA

6.1. Descrição da amostra e das respostas aos questionários de estigma

A Tabela 12 mostra as características da amostra. A idade média foi de 40,0 anos, e os homens estiveram em menor número (37,1%). A maior parte das pessoas era casada (51,7%). Com relação ao contato com doença mental, para os indivíduos da população geral, a grande maioria não tem familiar que sofra de algum problema psiquiátrico (70,4%). No que diz respeito a procurar ajuda própria por problemas psiquiátricos, a proporção da população geral que o fez foi de 21%. Analisando-se as características colhidas apenas para a população geral, a maior parte se constituiu de pessoas católicas (61,3%), com 10 a 12 anos de estudo (43,6%), e a maioria pertencia à classe C (43,6%). Um fato que chama a atenção é o alto grau de religiosidade da amostra, pois tanto nas medidas de religiosidade organizacional, como nas de religiosidade não organizacional ou religiosidade intrínseca, mais da metade das pessoas se enquadraram no escore “alto” (55,9%, 73,4% e 86,1%, respectivamente). A maior parte dos entrevistados da população geral reconheceu a vinheta descrevendo um caso de esquizofrenia segundo o DSM-IV como uma doença mental/psiquiátrica (63,0%); no entanto apenas 10,4% corretamente identificaram-na como um caso de psicose ou esquizofrenia.

Quando observamos a escala de estereótipos negativos (Tabela 13), podemos ver que não houve uma tendência geral negativa ou positiva; enquanto que alguns estereótipos eram mais ligados ao indivíduo com esquizofrenia (imprevisível, anormal), outros eram menos associados (perigoso, sem higiene, não confiável) e outros ainda assumiam uma caracterização neutra em relação à população geral (pouco inteligente). As características “imprevisível” (41%), “anormal” (43%) e “esquisito” (44%) foram as mais associadas à esquizofrenia para a amostra da população geral. Para os estereótipos positivos, houve uma tendência ao estigma, já que em 4 dos 5 estereótipos a resposta mais frequentemente assinalada foi a de que

Tabela 12 – Característica da amostra de indivíduos da população geral (n=1015)

Idade (média;desvio padrão)	40,0 (15,5)
Sexo (masculino;n,%)	377 (37,1)
Estado civil (n,%)	
Solteiro	367 (36,2)
Casado	525 (51,7)
Separado ou divorciado	62 (6,1)
Viúvo	61 (6,0)
Contato com familiar com doença mental (n,%)	
Tem familiar; vê diariamente	143 (14,1)
Tem familiar; vê algumas vezes por semana	53 (5,2)
Tem familiar; vê algumas vezes por mês	52 (5,1)
Tem familiar; vê raramente/nunca	52 (5,1)
Não tem familiar com doença mental	715 (70,4)
Procura pessoal por ajuda profissional (n,%)	
Nunca procurou ajuda	802 (79,0)
Procurou ajuda, nunca recebeu medicação para problemas	63 (6,3)
Procurou ajuda, recebeu medicação para problemas	149 (14,7)
Anos de estudo (n,%)	
1-9	340 (33,5)
10-12	442 (43,6)
13 or more	232 (22,9)
Classe socioeconomica (n,%)	
A	51 (5,0)
B	381 (37,5)
C	443 (43,6)
D/E	140 (13,8)
Religião (católico;n,%)	622 (61,3)
Religiosidade organizacional (n,%)	
Baixa	235 (24,2)
Intermediária	193 (19,9)
Alta	542 (55,9)
Religiosidade não-organizacional (n,%)	
Baixa	122 (13,2)
Intermediária	124 (13,4)
Alta	679 (73,4)
Religiosidade intrínseca (n,%)	
Baixa	64 (6,3)
Intermediária	76 (7,5)
Alta	870 (86,1)
Identificação da vinheta (n,%)	
no recognition	270 (26,6)
recognizes as mental illness	639 (63,0)
identifies as schizophrenia/psychosis	106 (10,4)

as qualidades estavam menos presentes na pessoa com esquizofrenia do que em alguém da população geral (menos criativo, menos saudável, menos controlado, menos racional). Apenas com relação à qualidade “talentoso” os respondentes acreditaram que população geral e pessoas com esquizofrenia eram equiparáveis (37%). As três qualidades positivas menos associadas ao indivíduo com esquizofrenia foram as mesmas assinaladas pelos psiquiatras; menos controladas (50%), menos saudáveis (49%) e menos racionais (48%).

Na escala de restrições a direitos civis (Tabela 14), três afirmações foram feitas sobre os direitos de indivíduos com esquizofrenia. Indivíduos da população geral na sua maioria concordaram com internação involuntária (67%), mas concordaram em manter direito de dirigir (92%) e de votar (53%).

A escala de preconceito percebido media o que o respondente achava ser o pensamento da sociedade com relação a pessoas com esquizofrenia (Tabela 15). Cinco asserções afirmavam que a sociedade tinha atitudes positivas para com indivíduos com o transtorno (itens 1, 2, 3, 6 e 7) e quatro asserções diziam que a sociedade tem atitudes negativas para com estas pessoas (itens 4, 5, 8 e 9). A tendência geral foi a de assinalar as opções indicando que a sociedade estigmatiza indivíduos com esquizofrenia. Exceção feita apenas para o item 2, onde a população na sua maioria concordou totalmente ou ao menos em partes que “a maioria das pessoas acredita que alguém com esquizofrenia é tão inteligente quanto a média da população geral”.

Tabela 13 – Estereótipos relacionados à esquizofrenia

	Item	Resposta	População geral
Estereótipos Negativos	Perigoso	Mais presente	29% (297)
		Igualmente presente	28% (283)
		Menos presente	41% (412)
	Imprevisível	Mais presente	41% (418)
		Igualmente presente	30% (305)
		Menos presente	27% (275)
	Pouco inteligente	Mais presente	24% (240)
		Igualmente presente	37% (379)
		Menos presente	37% (372)
	Sem higiene	Mais presente	27% (273)
		Igualmente presente	33% (335)
		Menos presente	36% (369)
	Anormal	Mais presente	43% (440)
		Igualmente presente	24% (241)
		Menos presente	31% (313)
	Não confiável	Mais presente	29% (295)
		Igualmente presente	33% (330)
		Menos presente	36% (368)
	Esquisito	Mais presente	44% (448)
		Igualmente presente	26% (268)
		Menos presente	28% (282)
Estereótipos Positivos	Criativo	Mais presente	29% (299)
		Igualmente presente	31% (312)
		Menos presente	38% (388)
	Saudável de corpo e alma	Mais presente	25% (254)
		Igualmente presente	25% (252)
		Menos presente	49% (495)
	Controlado	Mais presente	26% (264)
		Igualmente presente	23% (233)
		Menos presente	50% (506)
	Talentoso	Mais presente	26% (264)
		Igualmente presente	37% (378)
		Menos presente	34% (345)
	Racional	Mais presente	22% (221)
		Igualmente presente	28% (285)
		Menos presente	48% (492)

Negrito: resposta mais frequente

Tabela 14 – Restrições de direitos civis à pessoas com esquizofrenia

	Item	Resposta	População geral
Restrições	Internação involuntária	Concordo	67% (681)
		Não concordo	32% (323)
		Não sei responder	1% (11)
	Deve manter carteira de motorista	Concordo	92% (931)
		Não concordo	8% (81)
		Não sei responder	0% (3)
	Deve manter o direito de votar	Concordo	53% (535)
		Não concordo	45% (460)
		Não sei responder	2% (20)

Negrito: resposta mais freqüente

A escala de distância social media o quanto o respondente estava disponível a participar em uma atividade social com uma pessoa com esquizofrenia (Tabela 16). Para a população geral, em todas as situações sociais a maioria dos indivíduos pontuou que “com certeza” participaria (38-72%); exceção foi cuidar dos filhos dos respondentes por algumas horas, na qual 49% das pessoas admitiu que não deixaria que isso ocorresse em nenhuma ocasião.

Tabela 15 – Preconceito percebido

Item	Resposta	População geral
A maioria das pessoas...		
1. ...não tem nada contra ter uma pessoa com esquizofrenia em seu círculo de amigos .	Discordo totalmente	37% (375)
	Concordo em partes	30% (305)
	Concordo totalmente	33% (332)
2. ...acredita que alguém com esquizofrenia é tão inteligente quanto a média da população geral.	Discordo totalmente	29% (298)
	Concordo em partes	35% (356)
	Concordo totalmente	35% (355)
3. ...pensa que um professor de primário que tenha esquizofrenia pode continuar ensinando crianças .	Discordo totalmente	62% (633)
	Concordo em partes	20% (203)
	Concordo totalmente	17% (177)
4. ...não deixa que pessoas com esquizofrenia tomem conta de suas crianças .	Discordo totalmente	23% (231)
	Concordo em partes	22% (225)
	Concordo totalmente	55% (556)
5. ...dá menos valor para uma pessoa com esquizofrenia.	Discordo totalmente	26% (264)
	Concordo em partes	29% (298)
	Concordo totalmente	44% (450)
6. ... contrata pessoas com esquizofrenia , se elas estiverem qualificadas para a atividade.	Discordo totalmente	45% (455)
	Concordo em partes	25% (258)
	Concordo totalmente	29% (299)
7. ... trata indivíduos com esquizofrenia da mesma maneira como trata as outras pessoas.	Discordo totalmente	56% (566)
	Concordo em partes	23% (232)
	Concordo totalmente	21% (209)
8. A maioria das mulheres tem receio no contato com um homem com esquizofrenia.	Discordo totalmente	23% (238)
	Concordo em partes	37% (371)
	Concordo totalmente	39% (398)
9. As pessoas levam indivíduos menos a sério quando estes têm diagnóstico de esquizofrenia.	Discordo totalmente	22% (224)
	Concordo em partes	32% (322)
	Concordo totalmente	46% (464)

Negrito: resposta mais frequente

Tabela 16 – Desejo por distância social

Item	Resposta	População geral
1. Você trabalharia com uma pessoa com esquizofrenia?	Em nenhuma ocasião	10% (101)
	Talvez	21% (215)
	Com certeza	69% (699)
2. Você se mudaria para um apartamento vizinho ao de alguém com esquizofrenia?	Em nenhuma ocasião	11% (110)
	Talvez	22% (225)
	Com certeza	67% (677)
3. Você apresentaria um amigo a uma pessoa com esquizofrenia?	Em nenhuma ocasião	10% (105)
	Talvez	18% (179)
	Com certeza	72% (729)
4. Se algum amigo seu oferecesse uma vaga de emprego , você indicaria uma pessoa com esquizofrenia para a vaga?	Em nenhuma ocasião	27% (274)
	Talvez	35% (356)
	Com certeza	38% (382)
5. Você convidaria para uma festa sua, ou um encontro , ou um jantar , uma pessoa com esquizofrenia?	Em nenhuma ocasião	9% (92)
	Talvez	22% (226)
	Com certeza	68% (693)
6. Você apoiaria uma pessoa da sua família que quisesse se casar com alguém com esquizofrenia ?	Em nenhuma ocasião	24% (244)
	Talvez	34% (346)
	Com certeza	41% (413)
7. Você confiaria em uma pessoa com esquizofrenia para cuidar de seus filhos por algumas horas?	Em nenhuma ocasião	49% (495)
	Talvez	34% (347)
	Com certeza	16% (166)

Negrito: resposta mais freqüente

6.2. Pontuações médias em cada dimensão de estigma para a população geral

6.2.1. Estatística

Igualmente ao realizado para os psiquiatras, os dados das escalas de estigma foram computados em escores. Cada escore representava a pontuação média de cada indivíduo para determinada escala. Esta pontuação ia de 1 a 3, onde 3 era o valor representando a maior discriminação e 1 o valor representando a menor discriminação. Para mais detalhes do procedimento referir à seção 5.2.1.

6.2.2. Resultados

As pontuações médias da população geral em cada escala de estigma estão demonstradas na Figura 6. Com relação aos estereótipos negativos, os respondentes rigorosamente ficaram no ponto neutro da escala, afirmando em média que tais estereótipos estão igualmente presentes tanto na pessoa com esquizofrenia quanto em alguém da população geral. Já para os estereótipos positivos os entrevistados tenderam a ser mais preconceituosos, associando menos estereótipos positivos ao indivíduo com esquizofrenia, quando comparado a alguém da população geral. Tanto para restrições quanto para preconceito percebido tais tendências se mantiveram, com os respondentes assinalando respostas que na média se aproximaram mais do polo de máximo estigma da escala. Já em desejo por distância social as pessoas pareceram ser mais positivas, assinalando com maior frequência que participariam da determinada situação social com a pessoa com esquizofrenia.

6.2.3. Discussão

Com relação à atribuição de estereótipos, nosso estudo apresentou resultados

Figura 6 – Valores médios e desvios padrões das escalas de estigma

* Exclusivamente nas duas escalas de estereótipos, o valor 2 representa uma posição neutra onde os estereótipos são relacionados igualmente ao indivíduo com esquizofrenia e ao indivíduo da população geral. Acima deste valor os estereótipos estão mais associados à esquizofrenia, e abaixo deste valor os estereótipos estão menos associados. As outras 3 escalas são unidimensionais.

um pouco discordantes da literatura. Em geral a população tende a atribuir estereótipos negativos às pessoas com esquizofrenia; revisão realizada por Angermeyer et al.³⁵ observou que indivíduos com esquizofrenia são vistos como perigosos por até 71% das pessoas; a porcentagem de pessoas que acredita que tais indivíduos são imprevisíveis pode chegar até a 85%. No entanto no nosso estudo a atribuição de estereótipos negativos permaneceu na média; ou seja, pessoas com esquizofrenia foram vistas como tendo tantas qualidades negativas quanto alguém da população geral. Ao reportarmos aos estereótipos positivos, entretanto, percebemos a tendência observada na literatura de estereotipar de maneira ruim estas pessoas (no caso, designar menos qualidades positivas, em comparação com alguém da população geral).

Um achado consonante com a literatura foi a presença de desejo por distância social. Revisões apontam para uma tendência por parte da população geral em

apresentar desejo por distanciamento social de pessoas com distúrbios mentais. Situações com maior intimidade aumentam este desejo. Ademais, para indivíduos com esquizofrenia este desejo é bastante alto, só perdendo para o desejo por distância social de pessoas com dependência de álcool³⁵. No nosso estudo, em uma situação ideal, a pontuação na escala de distância social deveria ser a mínima (valor médio=1), o que apontaria que não há qualquer anseio por distanciamento com relação a estas pessoas. No entanto, nossos resultados apontaram que houve um grau leve a moderado de distanciamento (valor entre 1 e 2).

A tendência de estigmatizar indivíduos com esquizofrenia fica mais clara quando observamos a escala de restrições a direitos civis. Novamente, em uma situação ideal a pontuação nela deveria ser a mínima (valor médio=1); mas observamos que ela se aproxima muito mais ao valor de máximo estigma do que ao valor de estigma mínimo. Isso está de acordo com o observado por Lauber et al.⁴³ que verificaram que direito de dirigir foi negado ao indivíduo com esquizofrenia por cerca de 60 a 74.9% dos participantes. No entanto, no estudo deles o direito ao voto foi relativamente pouco negado (18.7-35.4%), mostrando que no aspecto de restrições aos direitos civis de pessoas com esquizofrenia a população brasileira é mais preconceituosa.

Em conformidade com estes achados, a pontuação média na escala de preconceito percebido foi relativamente alta, indicando também um alto grau de preconceito. Isso nos diz também que a população tem consciência de que a sociedade tem preconceito contra o indivíduo com esquizofrenia.

6.3. Fatores que influenciam o estigma que a população geral atribui ao indivíduo com esquizofrenia

6.3.1. Estatística

Similarmente ao realizado para os psiquiatras, de acordo com as pontuações médias para cada indivíduo em cada uma das quatro escalas de estigma, a população

geral foi classificada em 10 decis iguais. Uma variável dicotômica para cada escala foi então gerada agrupando-se os 9 primeiros decis para compará-los com o decil 10. Ou seja, os 10 por cento dos participantes com as maiores pontuações nas escalas de estigma foram comparados com os demais participantes. Escolheram-se os 10 por cento mais estigmatizadores para se amplificar os efeitos dos determinantes do estigma em nossa amostra; ao se realizar esta escolha em teoria se poderá perceber com mais clareza a influência de fatores com pequeno efeito. Tais variáveis binárias de estigma foram utilizadas como variáveis dependentes em modelos de regressão logística.

Treze indicadores foram utilizados (categorias das variáveis indicadas entre parênteses): idade (até 30 anos; entre 31-40 anos; entre 41-50 anos; 51 anos ou mais), sexo (masculino versus feminino), ter filhos (sim x não), estado civil (casado, solteiro, previamente casado), instrução (fundamental, médio, superior), raça (branca, preta, amarela, parda, indígena), classe social (A, B, C, D/E), experiência com membro da família com doença mental (nenhum membro de sua família ou nenhum contato com familiar doente; raramente vê familiar doente; vê familiar doente várias vezes por mês; vê familiar doente várias vezes por semana; vê familiar doente diariamente), já recebeu prescrição de drogas psicofarmacológicas para si próprio (sim x não), religião (católico x outras), religiosidade organizacional (alta, intermediária, baixa), religiosidade não organizacional (alta, intermediária, baixa), religiosidade intrínseca (alta, intermediária, baixa).

Para as análises estatísticas, coeficientes de Pearson foram calculados para a matriz de correlação das quatro escalas contínuas de estigma. Associações bivariadas entre os indicadores e as escalas dicotômicas de estigma foram analisadas com tabulações cruzadas e qui-quadrado de Pearson para testar a significância. Todos os indicadores que foram significativamente associados a certa escala foram inseridos como variáveis independentes em um modelo de regressão logística com a respectiva escala de estigma dicotomizada como variável dependente (decis 1-9 *versus* decil 10). Usamos o método *backward* (Wald), que é apropriado para análises exploratórias com vários preditores com potenciais intercorrelações. Todas as análises estatísticas foram realizadas com SPSS versão 18.

6.3.2. Resultados

Resultados dos fatores associados às medidas de estigma estão descritos na Tabela 17. Para o endosso de estereótipos negativos, ser do sexo masculino foi um fator associado (OR=1,63). Ter grau de religiosidade intrínseca intermediária (OR=3,37) foi um fator associado quando comparado com baixa religiosidade intrínseca; da mesma forma, ter um familiar com distúrbio psiquiátrico e ver este familiar com pouca frequência também foi um fator associado (OR=2,07) quando comparado com pessoas sem familiar com doença psiquiátrica ou que têm um familiar acometido e que o veja frequentemente. Interessantemente, ser da raça indígena esteve associado a maior grau de estereotipagem negativa (OR=4,23; referência=raça branca). Ter ensino médio como escolaridade (OR=0,57; referência: ensino superior) e ser da classe socioeconômica C (OR=0,37; referência: classe A) constituíram-se fatores protetores contra a estereotipagem negativa.

Para a atribuição de menos estereótipos positivos ao indivíduo com esquizofrenia, ser mais jovem constitui-se um fator de proteção (OR=0,46 para 18 a 29 anos, comparado com idade de 50 anos ou mais).

Para alto grau de restrições, ter idade intermediária, entre 30 a 49 anos, constituiu-se um fator de risco (OR=1,51), assim como nunca ter procurado ajuda para problemas psiquiátricos próprios (OR=1,62).

Para maior preconceito percebido, duas variáveis foram protetoras: ter menor grau de instrução (OR=0,43 a 0,53), e não ter familiar com transtorno psiquiátrico (OR=0,52). Ser solteiro foi um fator associado a maior grau de estigma nesta dimensão (OR=2,32).

Para maior desejo por distância social ter idade inferior a 50 anos foi um fator protetor (OR=0,33-0,47), assim como ter procurado ajuda profissional para problema psiquiátrico/psicológico próprio mas nunca ter tomado remédio (OR=0,22). Ter ensino fundamental como escolaridade agiu como um fator de risco (OR=2,23).

Tabela 17 – Modelos finais de regressões logísticas *stepwise backwards* para as escalas dicotomizadas de estereótipos, distância social e preconceito.

Variável	Estereótipos negativos OR (95% CI)	Estereótipos positivos OR (95% CI)	Restrições OR (95% CI)	Preconceito percebido OR (95% CI)	Distância social OR (95% CI)
Idade					
50 anos ou mais		ref.	ref.		Ref.
30 a 49 anos		0,71 (0,5-1,0)	1,51 (1,1-2,1)		0,47 (0,3-0,7)
18 a 29 anos		0,46 (0,3-0,7)	1,32 (0,9-2,0)		0,33 (0,2-0,6)
Sexo Masculino	1,63 (1,2-2,4)				
Escolaridade					
Superior	ref.			Ref.	Ref.
Fundamental	0,74 (0,4-1,2)			0,43 (0,2-0,8)	2,23 (1,2-4,1)
Médio	0,57 (0,3-0,9)			0,53 (0,3-0,8)	1,63 (0,8-3,0)
Religiosidade intrínseca					
Baixa	ref.				
Intermediária	3,37 (1,2-9,5)				
Alta	2,24 (0,9-5,4)				
Classe					
A	ref.				
B	0,71 (0,3-1,5)				
C	0,37 (0,2-0,8)				
D/E	0,43 (0,2-1,1)				
Contato familiar					
Vê frequentemente	ref.			ref.	
Vê raramente	2,07 (1,1-3,9)			1,30 (0,7-2,5)	
Sem familiar	0,92 (0,6-1,5)			0,52 (0,3-0,8)	
Raça					
Branca	ref.				
Preta	1,12 (0,6-2,1)				
Amarela	0,95 (0,3-3,3)				
Parda	1,32 (0,9-1,9)				
Indígena	4,23 (1,6-11,5)				
Contato próprio					
Procurou tomou remédio			ref.		ref.
Procurou, sem remédio			1,92 (0,9-2,0)		0,22 (0,1-0,9)
Nunca procurou			1,62 (1,0-2,5)		0,66 (0,4-1,1)
Estado civil					
Previamente casado				ref.	
Solteiro				2,32 (1,0-5,1)	
Casado				1,53 (0,7-3,3)	

Negrito: associações significantes

6.3.3. Discussão

Comparando os 10% da população geral que apresentaram maior estigma com o restante da amostra, fatores associados à baixa renda como ser pertencente à classe C e ter ensino médio como escolaridade foram protetores contra estereotipagem negativa. É possível que tais pessoas possam também ter sentimentos de estarem à parte da sociedade, de também sofrerem discriminação por estarem em condições menos favoráveis. Por isso talvez se solidarizem com indivíduos em situação semelhante como os portadores de distúrbios mentais, designando menos estereótipos negativos a estas pessoas.

Um achado que está em consonância com a literatura internacional é o de que menor contato com familiar com distúrbio psiquiátrico esteve associado a maior estereotipagem. Conforme discutido para os psiquiatras, ter contato com a doença mental, seja através de experiência própria, seja através de contato com familiares com doença, diminui o estigma⁷⁵.

Outro dado de interesse foi o de uma minoria étnica como a indígena estar associada significativamente à atribuição de estereótipos negativos ao indivíduo com esquizofrenia. É possível que este fator se deva também a componentes culturais próprios da cultura indígena, como entender que a doença mental, por exemplo, é decorrente de fenômenos espirituais¹²⁷.

Um grau intermediário de religiosidade intrínseca também esteve associado a escores mais altos em estereótipos negativos, quando comparado com pessoas com baixo grau deste tipo de religiosidade. Observando-se esta associação para alta religiosidade intrínseca, percebe-se que ela obteve uma correlação marginal, com intervalo de confiança um pouco abaixo de 1. Isso pode sugerir, por exemplo, que religiosidade tenha alguma implicação com maior designação de estereótipos. Alguns estudos sobre o estigma em outras áreas importantes da medicina, como o estigma da infecção por HIV, mostram que a religiosidade pode ter um efeito negativo através da atribuição de valores morais à doença¹²⁸. É possível que a doença mental esteja sendo pensada desta maneira aqui também, já que outros estudos mostraram ser comum conceber o transtorno psiquiátrico como uma disfunção moral^{129, 130}. Portanto hipoteticamente alta religiosidade poderia estar associada a

uma atribuição moral à doença mental resultando em atribuição de estigma a esta última.

Com relação a grau de restrições imputado a pessoas com esquizofrenia, estar entre 30 e 49 anos constitui-se um fator de risco, ainda que com efeito pequeno. A maior parte dos estudos de fato mostra esta correlação entre maior idade e maior preconceito³⁵. Há um estudo, no entanto, mostrando uma associação contrária¹³¹. O efeito da maior idade aumentando o estigma repetiu-se para desejo por distância social, onde pessoas mais novas do nosso estudo estiveram protegidas contra esta dimensão de estigma. Para esta dimensão também, boa parte dos estudos aponta que nível de escolaridade ou tem um efeito benéfico no desejo por distância social, ou não tem efeito algum nesta dimensão³⁵; similarmente, nossos resultados apontaram para um efeito benéfico. No entanto, reforçando nossos achados também, sabe-se que a influência de variáveis sociodemográficas no estigma é pequena, e que muitas vezes é inconsistente³⁵.

6.4. Perfis de estigma na população geral

6.4.1. Estatística

Semelhantemente ao realizado para os psiquiatras, APL foi utilizada para procurar por possíveis perfis de estigma nos psiquiatras¹⁰⁸.

Todos os 31 itens das quatro escalas estigma (12 estereótipos, 3 restrições, 9 itens para preconceito percebido e 7 para distância social) foram seleccionados como indicadores e avaliados com relação a dependência local. A metodologia para esta avaliação está indicada na seção 5.4.1.

Desta forma, os estereótipos "perigoso", "anormal" e "estranho" foram fundidos em um novo item: "estranheza". "Criativo", "inteligente" e "talentoso" foram fundidos em "talentoso". Para preconceito percebido, "ter em seu círculo de amigos", "contratar pessoas com esquizofrenia" e "tratam da mesma maneira como trata outras pessoas" foram fundidos em "aceitar como amigo/contratar/tratar igual"; os itens "pessoas dão menos valor", "as pessoas levam indivíduos com esquizofrenia menos a sério" e "não deixam que tomem conta de suas crianças" foram fundidos em "desvalorização/tomar conta de crianças". Para distância social, as variáveis

"trabalhar com", "apresentar um amigo" e "convidar para uma festa, encontro ou jantar" foram fundidos em "trabalhar/apresentar amigo/encontrar". Para restrições todos os itens eram localmente independentes.

Consequentemente, dos 31 itens originais foram reduzidos para 22 itens localmente independentes. Estes itens foram inseridos em modelos de perfis latentes para testar o número mais adequado de perfis; critério de informação Bayesiano (BIC), critério de informação de Akaike (AIC), melhor valor de entropia e um valor estatisticamente significativo ($p < 0,05$) na razão de Vuong-Lo-Mendell-Rubin serviram como parâmetros para indicar a melhor solução. A probabilidade condicional de adesão à classe de cada item foi calculada para esta melhor solução.

Regressão logística multinomial foi então conduzida para avaliar os fatores associados a cada perfil. Além de variáveis sociodemográficas, os itens possivelmente relacionados com o estigma de acordo com a literatura atual (por exemplo, o contato pessoal com a doença mental) constituíram variáveis independentes. Assim, as seguintes 14 variáveis entraram no modelo (categorias das variáveis, quando cabível, entre parêntesis): a idade (até 30 anos de idade [a.i.]; 31-40 a.i.; 41-50 a.i.; 51-60 a.i.; 61 anos e mais), sexo (masculino *versus* feminino), estado civil (solteiro, casado, casado anteriormente), ter filhos (sim x não), anos de educação (1-9; 10-12; 13 ou mais), classe socioeconômica (A, B, C, D/E), identificação da vinheta (sem reconhecimento; reconhecimento como doença mental, identificação como psicose/esquizofrenia), sexo da pessoa descrita na vinheta (masculino *versus* feminino), frequência de contato com o membro da família com transtorno psiquiátrico (não tem familiar doente; vê raramente ou algumas vezes por mês; vê várias vezes por semana ou diariamente), busca individual de ajuda profissional e recebimento de prescrição de psicofármacos (nunca procurou ajuda; procurou ajuda, não recebeu prescrição; procurou ajuda, recebeu prescrição), religião (católico, protestante, outros), religiosidade organizacional (alto, média, baixa), religiosidade não organizacional (alto, média, baixa), religiosidade intrínseca (alto, média, baixa). As análises foram realizadas com o PASW Statistics 18 e Mplus 5 para Windows. Testes bilaterais com nível de significância de 0,05.

6.4.2. Resultados

A solução com 4 perfis foi a mais adequada; ela apresentou um dos menores valores de AIC, o menor valor de BIC, a melhor entropia e o maior número de classes com um valor de Vuong-Lo-Mendell-Rubin significativo (Tabela 18).

Tabela 18 – Análise de perfis latentes de respostas dadas aos questionários de estigma pela população geral

	AIC	BIC (ajustado por tamanho de amostra)	Entropia	Razão de Vuong-Lo- Mendell-Rubin (p)
2 classes	41563.422	41718.866	0.806	<0.01
3 classes	40814.079	41048.118	0.808	<0.001
4 classes	40609.406	40922.040	0.794	<0.01
5 classes	40440.054	40831.283	0.797	0.200

Negrito: melhor solução

As Tabelas 19, 20 e 21 descrevem a probabilidade condicional de cada item de resposta no respectivo perfil. O perfil 1 teve 251 (24,7%) indivíduos, que em sua maioria endossaram que os estereótipos negativos foram menos presentes (42,6-51,7% *versus* 20,0-30,7%), e que os estereótipos positivos foram mais presentes (38,8-39,8% *versus* 24,5-36,7%) no indivíduo com esquizofrenia do que em alguém da população geral. Exceções foram "imprevisível" (32,1% *versus* 30,9-37,0%), "controlado" (33,6% *versus* 24,3-42,1%) e "racional" (32,0% *versus* 25,4-42,6%). A maioria deles concordou com a permissão dirigir e com o direito de votar (72,8 *versus* 27,2% e 98,0% *versus* 2,0%, respectivamente); foi a maior taxa de aprovação de direitos civis também em comparação com os outros perfis. Para preconceito percebido a maioria marcou a opção menos estigmatizante (39,0-62,0% *versus* 18,3-34,9%); em comparação com os outros perfis eles foram os que menos pensaram que sociedade estigmatiza indivíduos com esquizofrenia (39,0-62,0% *versus* 3,6-32,4 %). A distância social mostrou a mesma tendência, sendo que pessoas deste perfil no geral demonstraram vontade de se envolver em situações sociais com o indivíduo com esquizofrenia (57,4-100% *versus* 0-27,3%); foram também os que mais

apresentaram vontade de participar em tais situações entre os perfis (57,4-100% *versus* 2,0-79,3%). Por suas crenças positivas, este perfil foi nomeado como "benevolentes".

O perfil 2 continha 222 (21,8%) indivíduos. A maioria deles pensou que estereótipos negativos e positivos estão igualmente presentes tanto no indivíduo com esquizofrenia como em alguém da população em geral (48,9-77,3 *versus* 2,7-48,4). Três estereótipos mostraram uma tendência ao maior estigma: mais imprevisível (49,5%), menos saudável (53,4%), menos controlado (52,0%). Eles apresentaram a maior anuência à internação involuntária entre os perfis (79,6 *versus* 50,0-73,1%), mas a maioria concordou com a manutenção de direito de votar e com o direito de dirigir (63,3% e 96,8%, respectivamente). Quanto ao preconceito percebido, a pontuação que denota que a sociedade estigmatiza indivíduos com esquizofrenia foi a mais freqüente em todos os itens (44,1-74,3 *versus* 3,6-39,1). Para "trabalhar / apresentar um amigo / encontrar" e "ser vizinho" indivíduos responderam que aceitariam esse tipo de contato social (83,3 e 79,3%), mas hesitaram nas opções "recomendar uma vaga de emprego", "casar com alguém da família" e "cuidar de seus filhos" (escore "talvez"=52,7%, 46,8% e 54,3%, respectivamente). Uma vez que este perfil foi associado com certo grau de estigma e com um melhor reconhecimento de vinheta (ver análises abaixo, regressão logística, Tabela 23), este perfil foi nomeado como "rotuladores".

O perfil 3 continha a maioria dos indivíduos (n = 302; 29,7%). Enquanto que de um lado o endosso a estereótipos negativos exibiu resultados mistos, por outro lado todos os estereótipos positivos foram marcados como "menos presentes" pela maior parte dos respondentes (50,0-62,1 *versus* 10,7-30,1%); em comparação com os outros perfis também foram os que mais assinalaram esta opção para os estereótipos positivos (50,0-62,1% *versus* 21,7-52,0%). A maioria dos indivíduos concordou com admissão involuntária e com a revogação da carteira de motorista (70,0% e 72,4%, respectivamente). Como no perfil 2, todos os itens do preconceito percebido demonstraram a impressão de alto estigma vindo da sociedade (44,3-83,1 *versus* 7,3-28,5%). Também à semelhança do perfil 2, "trabalho / apresentar amigo / encontrar" e "ser vizinho" foram situações sociais aceitáveis (42,1% e 42,0% marcaram "sim", respectivamente), mas "recomendar uma vaga de emprego", "casamento com

familiar" e "cuidar de seus filhos" eram situações temidas (resposta "nunca": 72,8%, 64,1% e 95,3%, respectivamente). Este perfil apresentou os maiores escores de distância social e, assim, foi nomeado como "discriminadores".

Tabela 19 – Características de cada perfil de acordo com resposta às questões de estigma (estereótipos)

Dimensão de estigma			Perfil 1 (n=251)	Perfil 2 (n=222)	Perfil 3 (n=302)	Perfil 4 (n=240)
			Benevolentes	Rotuladores	Discriminadores	Imparciais
	Item	Resposta ^a	(%)	(%)	(%)	(%)
Estereótipos negativos	Estranhesa	Mais	23.5	46.2	52.7	28.0
		Igualmente	27.5	49.8	18.0	38.1
		Menos	49.0	4.1	29.3	33.9
	Imprevisível	Mais	37.0	49.5	46.4	34.3
		Igualmente	30.9	43.6	19.0	32.6
		Menos	32.1	6.9	34.6	33.1
	Pouco inteligente	Mais	29.9	12.5	29.9	21.9
		Igualmente	27.5	77.3	21.8	34.2
		Menos	42.6	10.2	48.3	43.9
	Sem higiene	Mais	28.3	19.4	34.6	27.2
		Igualmente	20.0	68.1	21.8	33.2
		Menos	51.7	12.5	43.6	39.7
	Não confiável	Mais	21.7	25.0	38.7	31.2
		Igualmente	30.7	54.5	18.5	34.2
		Menos	47.5	20.5	42.8	34.6
Estereótipos positivos	Saudável de corpo e alma	Menos	36.7	53.4	62.1	43.1
		Igualmente	24.5	37.9	10.7	32.2
		Mais	38.8	8.7	27.2	24.7
	Controlado	Menos	42.1	52.0	60.6	45.0
		Igualmente	24.3	29.9	10.8	31.5
		Mais	33.6	18.1	28.6	23.5
	Talentoso	Menos	28.2	21.7	50.0	35.4
		Igualmente	32.0	63.6	19.9	44.3
		Mais	39.8	14.7	30.1	20.3
	Racional	Menos	42.6	48.4	58.5	45.6
		Igualmente	25.4	48.9	13.6	31.4
		Mais	32.0	2.7	27.9	23.0

Negrito: maior porcentagem dentro do perfil;

^a: a primeira resposta, de cima para baixo, sempre corresponde à resposta mais estigmatizadora

Tabela 20 – Características de cada perfil de acordo com resposta às questões de estigma (restrições e preconceito percebido)

Dimensão de estigma			Perfil 1 (n=251) Benevolentes	Perfil 2 (n=222) Rotuladores	Perfil 3 (n=302) Discriminadores	Perfil 4 (n=240) Imparciais
	Item	Resposta ^a	(%)	(%)	(%)	(%)
Restrições	Internação involuntária	Concordo	50.0	79.6	70.0	73.1
		Discordo	50.0	20.4	30.0	26.9
	Deve ter carteira de motorista	Discordo	27.2	36.7	72.4	41.2
		Concordo	72.8	63.3	27.6	58.8
	Deve ter o direito de votar	Discordo	2.0	3.2	21.4	2.1
		Concordo	98.0	96.8	78.6	97.9
Preconceito percebido	aceitar como amigo/contratar/tratar igual	Discordo	32.3	73.0	55.6	14.6
		Concordo parcialmente	18.3	23.4	26.5	58.8
		Concordo	49.4	3.6	17.9	26.7
	desvalorização/tomar conta de crianças	Concordo	41.8	74.3	53.6	21.3
		Concordo parcialmente	20.3	22.1	23.5	65.0
		Discordo	37.8	3.6	22.8	13.8
	Consideram tão inteligente quanto a média da população geral	Discordo	11.6	44.1	44.3	16.3
		Concordo parcialmente	26.4	23.4	32.9	58.6
		Concordo	62.0	32.4	22.8	25.1
	Continuar ensinando crianças como professor de primário	Discordo	34.4	71.9	83.1	57.1
		Concordo parcialmente	26.0	19.5	7.3	30.4
		Concordo	39.6	8.6	9.6	12.5
	Mulheres tem receio de ter contato	Concordo	34.9	52.7	48.3	21.3
		Concordo parcialmente	26.1	39.1	28.5	56.3
		Discordo	39.0	8.2	23.2	22.5

Negrito: maior porcentagem dentro do perfil;

^a: a primeira resposta, de cima para baixo, sempre corresponde à resposta mais estigmatizadora

Tabela 21 – Características de cada perfil de acordo com resposta às questões de estigma (distância social)

		Perfil 1 (n=251) Benevolentes	Perfil 2 (n=222) Rotuladores	Perfil 3 (n=302) Discriminadores	Perfil 4 (n=240) Imparciais
Item	Resposta ^a	(%)	(%)	(%)	(%)
Distância social	Trabalhar / apresentar amigo/encontrar	Nunca 0	0	26.2	0.4
		Talvez 0	16.7	31.8	28.3
		Certamente sim 100	83.3	42.1	71.3
	Ser vizinho	Nunca 2.0	0.9	31.0	4.2
		Talvez 4.8	19.5	27.0	37.1
		Certamente sim 93.4	79.3	42.0	58.8
	Recomendar uma vaga de emprego	Nunca 1.2	17.6	72.8	5.4
		Talvez 10.4	52.7	18.6	65.7
		Certamente sim 88.4	29.7	8.6	28.9
	Casar com alguém da família	Nunca 1.6	12.3	64.1	9.3
		Talvez 8.0	46.8	23.5	64.8
		Certamente sim 90.4	40.9	12.4	25.8
	Cuidar de seus filhos	Nunca 15.3	41.2	95.3	33.6
		Talvez 27.3	54.3	2.7	63.4
		Certamente sim 57.4	4.5	2.0	2.9

Negrito: maior porcentagem dentro do perfil;

^a: a primeira resposta, de cima para baixo, sempre corresponde à resposta mais estigmatizadora

O perfil 4 teve 240 indivíduos (23,6%). Estereótipos negativos e positivos foram em sua maioria classificados como menos presente no indivíduo com esquizofrenia (34,6-45,6% *versus* 21,9-34,2%; exceções: "estranheza", "imprevisível" e "talento"). A maioria deles concordou com internação involuntária (73,1%), mas discordou das outras duas restrições (58,8-97,9%). Para preconceito percebido a maioria marcou a opção de incerteza ("concordo parcialmente": 56,3-65,0% *versus* 12,5-30,4%), com exceção de "mulheres tem receio de ter contato". Também para a distância social três dos cinco itens foram marcados principalmente com a opção incerto de "talvez" se envolver na situação social específica (63,4-65,7% *versus* 2,9-28,9%). Indivíduos nesta classe frequentemente marcaram a opção

do meio em itens do questionário, de modo que este perfil foi nomeado como "imparciais".

Figura 7 – Resumo dos perfis de crenças da população geral sobre a esquizofrenia

Dimensão de estigma	Perfil 1 (n=251) Benevolentes	Perfil 2 (n=222) Rotuladores	Perfil 3 (n=302) Discriminadores	Perfil 4 (n=240) Imparciais
Estereótipos Positivos	↓	↑	↑	=
Estereótipos Negativos	=	↑	↑	↑
Restrições	=	=	↑	=
Preconceito Percebido	↓	↑	↑	↑
Distância Social	↓	↓	↑	↓

Legenda:

= : opinião neutra

↓ : opinião benigna, pouco estigma

↑ : opinião preconceituosa, muito estigma

O perfil "benevolentes" foi usado como classe de referência para modelos de regressão polinomiais, para que se observasse os determinantes das outras 3 classes, mais associadas ao estigma (Tabela 22). Assim, comparativamente, "rotuladores" tiveram significativamente menos indivíduos sem familiar com transtorno mental (OR = 0,55, p=0,02). "Rotuladores" também tiveram significativamente menos indivíduos sem identificação da vinheta (escore "nenhuma doença mental" e "reconhecimento", OR = 0,17-0,33), e menos indivíduos com até 9 anos de escolaridade (OR=0,26, p <0,001). "Discriminadores" eram significativamente mais velhos (OR = 0,28-0,52 para 18-50 anos), e tiveram significativamente menos indivíduos pontuando "não é doença mental" para a vinheta (OR=0,39, p=0,04). O perfil "imparciais" só

demonstrou correlações marginais: menos pessoas marcaram "não é doença mental" para a vinheta (OR = 0,43, $p = 0,05$), e houve uma tendência a ter menos indivíduos com até 9 anos de escolaridade (OR = 0,57, $p = 0,05$). Fatores como sexo, estado civil, classe socioeconômica e religião/religiosidade não tiveram efeito sobre a filiação de indivíduos a perfis.

Tabela 22 – Regressão logística multinominal entre variáveis sócio-demográficas, reconhecimento da vinheta, contato com doença mental, religiosidade e classes de APL

	Classe 2 “Rotuladores”		Classe 3 “Discriminadores”		Classe 4 “Imparciais”	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Idade						
18 a 30 anos	2.09 (0.8-5.1)	0.11	0.28 (0.2-0.5)	<0.001	1.39 (0.7-2.9)	0.38
31 a 40 anos	1.99 (0.8-5.1)	0.15	0.44 (0.2-0.8)	0.01	1.70 (0.8-3.7)	0.18
41 a 50 anos	2.06 (0.8-5.3)	0.13	0.53 (0.3-0.9)	0.05	1.41 (0.6-3.1)	0.40
51 a 60 anos	0.83 (0.3-2.5)	0.74	0.88 (0.5-1.7)	0.70	1.40 (0.6-3.2)	0.44
61 ou + anos	ref.		ref.		ref.	
Contato com familiar com doença mental						
Sem familiar	0.55 (0.3-0.9)	0.02	0.99 (0.6-1.6)	0.97	1.12 (0.7-1.9)	0.68
Contato raro	1.02 (0.5-2.2)	0.95	1.46 (0.7-3.0)	0.32	1.06 (0.5-2.4)	0.88
Contato frequente	ref.		ref.		ref.	
Reconhecimento da vinheta						
Não é doença mental	0.17 (0.1-0.4)	<0.001	0.39 (0.2-0.9)	0.04	<i>0.43 (0.2-1.0)</i>	<i>0.05</i>
Reconhecimento	0.33 (0.1-0.7)	<0.01	0.84 (0.4-1.9)	0.69	0.55 (0.2-1.2)	0.15
Identificação	ref.		ref.		ref.	
Escolaridade						
1 a 9 anos	0.26 (0.1-0.5)	<0.001	1.03 (0.6-1.8)	0.91	<i>0.57 (0.3-1.0)</i>	<i>0.05</i>
10 a 12 anos	0.74 (0.4-1.3)	0.27	1.24 (0.7-2.1)	0.44	1.19 (0.7-2.0)	0.52
13 ou + anos	ref.		ref.		ref.	

Nota: Classe 1, “Benevolentes” = classe de referência para os modelos de regressão

Negrito: associações estatisticamente significativas

Itálico: associações marginais

6.4.3. Discussão

A busca de perfis entre os brasileiros revelou quatro tipos de padrões de estigma: "benevolentes", "rotuladores", "discriminadores" e "imparciais".

- *"Benevolentes" e reconhecimento da vinheta*

Os "benevolentes" foram os que apresentaram as melhores opiniões sobre estereótipos, restrições, preconceito percebido e distância social em relação de um indivíduo com esquizofrenia. Alguns estudos anteriores haviam relatado que a população em geral pode ter opiniões benignas sobre a esquizofrenia^{53, 97, 132}. Quanto à relação entre os componentes do estigma, em geral as idéias preconcebidas (estereótipos) influenciam atitudes preconceituosas (restrições e distância social)¹¹. Repetindo o que foi discutido na revisão de literatura, informação alimentando discriminação. De maneira semelhante, esta relação teoricamente foi observada para este perfil, mas na direção oposta: estereótipos positivos geraram pontuações benignas nas outras dimensões de estigma. Em comparação com todos os outros três perfis, indivíduos que não reconheceram a vinheta como um distúrbio mental parecem estar significativamente mais presentes no grupo "benevolentes", o que apoia a teoria do rótulo. Para esta teoria o rótulo indica a identificação de diferenças, processo que é geralmente seguido pela estigmatização daquele que recebe o rótulo (ver seção 2, Revisão de Literatura)^{11, 13, 39, 46, 133}. Como "benevolentes" perceberam menos tratar-se de um caso de transtorno psiquiátrico, rotularam menos como doença mental e atribuíram menos estigma à pessoa com esquizofrenia descrita na vinheta.

- *"Rotuladores": Estigma, contato e informação*

"Rotuladores" tiveram uma discreta tendência a atribuir estereótipos negativos para a pessoa com esquizofrenia, e designaram menos qualidades (estereótipos) positivas a pessoas com o distúrbio. Retomando a idéia acima sobre os mecanismos de estigma^{134, 135}, seria de se esperar um maior grau de discriminação de tais indivíduos: de fato, eles foram os que apresentaram a maior anuência com a admissão involuntária. No entanto, rejeitaram as outras duas restrições e concordaram em participar em boa das situações sociais com alguém com esquizofrenia. Com relação ao preconceito percebido, o grau de estigma foi alto e dentre todos os perfis foram os que pontuaram mais alto. Percebe-se aqui então um paradoxo: anuência à internação involuntária, escalas de estereótipos e preconceito percebido falam a favor de estigma, enquanto que escore em distância social fala

contra o estigma. Como no caso dos psiquiatras, discutido anteriormente, este aparente contrassenso pode ser resultado de um viés de resposta, normalmente presente em questões polêmicas¹³². A tendência de dar respostas socialmente desejáveis, hipoteticamente pode ser desmascarada pelos altos níveis de preconceito percebido: como esta escala é uma forma de questionamento indireto¹³⁶, indivíduos marcariam que os outros estigmatizam indivíduos com esquizofrenia, ao invés de assumirem as suas próprias crenças preconceituosas⁶⁸. Perguntas mais diretas, como o desejo por distância social, são respondidas de forma mais amena: ou concordando com a participação nas situações sociais ou respondendo de maneira neutra, com “talvez” (maior proporção de respostas em três dos cinco itens).

"Rotuladores" tiveram significativamente maior experiência com a doença mental, tendo mais frequentemente um familiar com transtornos mentais. Embora alguns defendam que o contato com as pessoas com transtorno mental pode diminuir o estigma¹³⁷, este perfil mostrou que esta ainda é uma questão controversa. Foi observado anteriormente que o desejo por distância social pode aumentar em situações que implicam proximidade pessoal¹³⁸. Este pode ser o caso aqui para contato familiar, considerando-se o perfil de hesitação na escala de distância social, e um suposto viés de desejabilidade social ao responder estes itens⁶⁴. Por fim, os indivíduos tiveram também um nível significativamente maior da escolaridade e tiveram conhecimento suficiente para identificar a vinheta como um caso de esquizofrenia. Da mesma forma que a controvérsia a respeito de contato, tem-se que em geral informação diminui o estigma da doença mental¹³⁹; mas no nosso caso, maior escolaridade e maior conhecimento gerou maior estigma, apoiando outros importantes estudos^{14, 50, 140}. Isto está de acordo com a hipótese de que em alguns casos o rótulo de doença mental (ou de esquizofrenia) pode estar relacionado com maior estigma, provavelmente devido a informações enviesadas transmitidas na mídia sobre as pessoas com transtorno mental⁴⁶.

- *"Discriminadores": "benevolentes" invertidos*

Em "discriminadores" estereótipos negativos estiveram mais presentes e estereótipos positivos foram menos presentes no indivíduo com esquizofrenia. Eles concordaram com a maioria das restrições, estimaram alto grau de estigma vindo da

sociedade e discordaram em se engajar em interações sociais com o indivíduo com esquizofrenia. Como em "benevolentes", este perfil exibiu a relação entre estereótipos, preconceito e discriminação¹⁴¹, mas na direção de estigma negativo. A interligação entre os componentes de estigma é ainda apoiada pelo fato de que os "discriminadores" tiveram significativamente mais indivíduos que ao menos reconheceram a vinheta como um transtorno mental¹³. Isso é novamente oposto às pessoas do perfil "benevolentes", perfil que teve mais indivíduos sem reconhecimento da vinheta, contribuindo com a teoria do rótulo acima citada (maior rotulação=maior estigma)¹³. Este perfil continha significativamente mais indivíduos com 51 anos ou mais. Isso pode ter várias razões, mas uma hipótese possível seria que as pessoas mais velhas refletem um ambiente cultural anterior onde a consciência do estigma em relação à doença mental ainda era baixa^{140, 142}.

- *"Imparciais" e incerteza*

"Imparciais" mostraram resultados mistos em relação às restrições e ao preconceito percebido; de maneira semelhante, para distância social as respostas incertas foram as mais frequentemente escolhidas. À semelhança dos psiquiatras, as pessoas deste perfil parecem ter apresentado o "viés de tendência central"¹¹⁸, algo comum em questionários que avaliam questões controversas^{119, 120}. A tendência de se abster de opinar sobre os indivíduos que sofrem de esquizofrenia é mais nitidamente demonstrada pela dimensão de estereótipos; todos os estereótipos, exceto por "imprevisível", foram classificados como igualmente ou menos caracterizadores de alguém com esquizofrenia, quando indivíduos com a doença são comparados com a população em geral. Este comprometimento baixo com a pesquisa pode ser um reflexo de pouca informação sobre o assunto e conseqüente incerteza para opinar, por exemplo¹⁴³. No entanto, a desejabilidade social também pode ter feito com que esses indivíduos disfarçassem verdadeiras crenças estigmatizantes, escolhendo opções imparciais. Um fator que contribui para esta hipótese é o fato de este perfil mostrar uma tendência de conter mais pessoas com pelo menos reconhecimento da vinheta, contrariando a idéia de que são pessoas desinformadas, com medo de se comprometer em um assunto que não têm domínio. Outro fator que fala a favor da interpretação de desejabilidade social é a semelhança entre os determinantes deste

perfil e do perfil “rotuladores”; juntamente com a melhor identificação da vinheta, “imparciais” também tiveram maior escolaridade, como nos “rotuladores”. Assim, a desejabilidade social pode ter desempenhado um papel no padrão de resposta deste perfil, assim como foi visto no perfil anterior.

- *Resultados negativos*

Transpondo resultados de outras áreas da pesquisa sobre o estigma, fizemos uma suposição de que a religião ou a religiosidade pudessem ter algum efeito sobre o estigma; uns apoiam a idéia de que a religião pode proteger contra o estigma¹⁴⁴, enquanto outros defendem o contrário¹²⁸. Quando analisamos os dados de maneira total, na seção anterior, vimos que a religiosidade intrínseca teve influência apenas na atribuição de estereótipos negativos. No entanto, quando a população geral é analisada de acordo com perfis latentes, nenhum dos parâmetros de religiosidade, conforme medido pelo índice de Duke, foram correlacionados com qualquer perfil da amostra. Como a amostra de população geral incluiu um número considerável de indivíduos, tem-se que eles sejam heterogêneos com relação às opiniões acerca da esquizofrenia. Este foi o motivo que nos levou a conduzir APL para a amostra, o que resultou de fato na presença de 4 perfis distintos de crenças estigmatizantes. Assim, é mais possível que a relação com religiosidade tenha sido um artefato da primeira análise, já que ele de fato não esteve presente na análise por perfis. Outra hipótese alternativa é que esta relação não tenha atingido poder estatístico suficiente pelo fato de os perfis conterem menos indivíduos do que a amostra total.

Outra questão diz respeito a classe socioeconômica; esta variável também esteve relacionada ao estigma quando a amostra foi analisada por inteiro. No entanto, na análise por perfis esta variável não se correlacionou a nenhum perfil. As mesmas hipóteses feitas para a religiosidade podem ser levadas em conta aqui também.

7. COMPARANDO CRENÇAS PRECONCEITUOSAS ACERCA DA ESQUIZOFRENIA ENTRE PSIQUIATRAS E ENTRE A POPULAÇÃO GERAL

7.1. Estatística

Para esta parte do estudo, a amostra total foi separada em quatro grupos: 1) psiquiatras, 2) população geral que assinalou corretamente que a vinheta era um caso de psicose ou de esquizofrenia (“população geral com identificação”), 3) população geral que assinalou que era o caso de uma doença mental, mas ou a identificou erradamente ou não soube dizer exatamente qual era esta doença (“população geral com reconhecimento”), e 4) população geral que dizia não se tratar de um caso de doença mental (“população sem reconhecimento”).

Tabulações cruzadas foram então computadas para analisar a distribuição de características sociodemográficas entre estes grupos. Testes de significância usaram a estatística de qui-quadrado de Pearson. Para completar os dados das escalas de estigma foi conduzida análise de valor faltante (*“missing value analysis”*=MVA). Um comando de imputação múltipla foi implementado, usando o método de especificação totalmente condicional (*“fully conditional specification”*=FCS), que se baseia no método iterativo de Cadeia de Markov de Monte Carlo, que é adequado para um padrão arbitrário de dados ausentes. As seguintes definições foram especificadas: número de imputações = 10, desenho máximo de parâmetros de modelo = 10, e limite superior para desenho de caso = 500. Variáveis com > 50% dos valores ausentes foram excluídos do processo de imputação. Ao implementar a MVA, obtivemos dados completos sobre o estigma de quatro escalas para 2429 participantes. Dados de 304 casos (12,5%) e 412 valores (3,4%) foram imputados durante MVA. Série de modelos lineares generalizados (GLM) foram adaptados para analisar associações entre valores médios e estigma membros do grupo. A distribuição da escala de estereótipos negativos e a escala de preconceito percebido foram fixadas como normais; covariáveis foram relacionados para a variável dependente através da função “log-link”. Para escala de estereótipos positivos foi

utilizada distribuição Gama com função “log-link” e para escala de distância social utilizou-se distribuição de Gauss inversa com a função “log-link”. Distribuição e função “log-link” foram escolhidos de acordo com índices de ajuste de informações por critério de Akaike (AIC) e critério de informação Bayesiano (BIC). Foi incluído um intercepto como parâmetro no modelo. Todas as associações foram ajustadas para sexo, idade e estado civil, incluindo estas variáveis como covariáveis. Análises de contraste de pares foram computadas para comparar as médias de cada par utilizando o ajustamento de Bonferroni para comparações múltiplas sequenciais. Todas as análises estatísticas foram realizadas com SPSS versão 18.

7.2. Resultados

Comparando-se as amostras (Tabela 23), podemos observar que, enquanto nos psiquiatras a maioria era de homens (55,7%), na população geral a maioria era do sexo feminino (57,2%). As proporções por faixa etária foram relativamente semelhantes, mas na população geral o extrato mais jovem, com pessoas com menos de 30 anos de idade, continha proporcionalmente mais indivíduos do que nos psiquiatras.

Os dados sobre contato com a doença mental são bastante divergentes; enquanto que na população geral cerca de 30%, apenas, tinha contato com algum familiar com doença mental, para os psiquiatras este valor subiu para os 70%. Para procura de ajuda profissional por problemas psiquiátricos/psicológicos próprios o contato dos psiquiatras também foi maior; enquanto que 79% das pessoas da população geral nunca havia procurado ajuda, para os psiquiatras a porcentagem caiu para 62%.

As médias nas escalas de estigma foram comparadas entre psiquiatras e população geral conforme grau de reconhecimento da vinheta (Tabela 24). Cabe notar que aqui, exclusivamente para a escala de estereótipos positivos, uma maior média na signfica que a pessoa atribuiu mais estereótipos positivos ao indivíduo com esquizofrenia (maior valor = menor estigma, ao contrário das seções anteriores).

Para as outras quatro escalas (estereótipos negativos, restrições, preconceito percebido e distância social), valores mais altos significam atribuir mais estigma.

Assim, para estereótipos positivos o efeito geral de grupo foi significativo (Wald $\chi^2 = 117,294$, $p = 0,000$). Psiquiatras foram os que menos designaram estereótipos positivos a pessoas com esquizofrenia (média = 1,65) e o público geral sem o reconhecimento da vinheta foi o que mais designou estereótipos positivos (média = 1,95). Subsequentes comparações de pares revelaram que os psiquiatras assinalaram significativamente menos estereótipos positivos do que todos os grupos da população em geral (todas as diferenças médias $\geq 0,10$, $p < 0,01$). Indivíduos sem

Tabela 23 – Distribuição de características sociodemográficas de psiquiatras e da população geral

Variável		Psiquiatras (n=1414) N (%)	População geral (n=1015) N (%)
Sexo	Masculino	787 (55,7)	434 (42,8)
	Feminino	627 (44,3)	581 (57,2)
Idade	<30 anos de idade	220 (15,6)	323 (31,8)
	30-44 anos de idade	547 (38,7)	328 (32,3)
	45-59 anos de idade	465 (32,9)	227 (22,4)
	60 anos de idade ou mais	182 (12,9)	137 (13,5)
Estado civil	Solteiro	472 (33,4)	367 (36,2)
	Casado	765 (54,1)	525 (51,7)
	Separado/divorciado	160 (11,3)	62 (6,1)
	Viúvo	17 (1,2)	61 (6,0)
Contato com familiar com doença mental	Vê diariamente	291 (20,6)	143 (14,1)
	Vê algumas vezes por semana	246 (17,4)	53 (5,2)
	Vê algumas vezes por mês	256 (18,1)	52 (5,1)
	Vê raramente/nunca	153 (10,8)	52 (5,1)
	Não tem familiar com doença mental	468 (33,1)	715 (70,4)
Procura pessoal por ajuda profissional	Nunca procurou ajuda	876 (62,0)	802 (79,0)
	Procurou ajuda, sem medicação	180 (12,7)	63 (6,3)
	Procurou ajuda, recebeu medicação	358 (25,3)	149 (14,7)

reconhecimento tiveram valores significativamente mais elevados do que indivíduos com reconhecimento da vinheta (diferença média = 0,18, $p < 0,001$) e com identificação correta da mesma (diferença média = 0,20, $p < 0,001$). Os valores médios de indivíduos com reconhecimento e identificação correcta foram praticamente idênticos (diferença média = 0,02, $p = 0,673$).

Para a escala de estereótipos negativos também houve um forte efeito de filiação ao grupo (Wald $\chi^2 = 230,530$, $p < 0,001$). Os quatro grupos mostraram uma ordem crescente com relação aos valores de estigma. Participantes da população geral sem o reconhecimento da vinheta pontuaram o mínimo em estereótipos negativos (média = 1,91), seguido pelos participantes com reconhecimento (média = 2,01) e por aqueles com identificação correta (média = 2,11); psiquiatras foram os que mais relataram estereótipos negativos (média = 2,25). Comparações pareadas de Bonferroni mostraram que todas as diferenças entre os grupos foram significativas (todas as diferenças médias $\geq 0,10$, $p < 0,05$). Os estereótipos negativos mais pontuados pelos psiquiatras e também pela população geral foram "estranho" (70,3% e 44,1%, respectivamente) e "imprevisível" (60,6% e 41,2%, respectivamente).

O maior efeito de grupo foi encontrado para a escala de preconceito percebido (Wald $\chi^2 = 628,962$, $p < 0,001$). Os resultados indicaram a mesma ordem de valores médios encontrados para os estereótipos negativos: indivíduos do público geral sem reconhecimento da vinheta relataram o mínimo preconceito percebido (média = 2,11), seguido por indivíduos com reconhecimento da vinheta (média = 2,21) e indivíduos com a correta identificação do caso descrito (média = 2,37). Psiquiatras novamente relataram o maior preconceito percebido (média = 2,60). Todas as diferenças entre os grupos foram altamente significativas (todas as diferenças médias $\geq 0,10$, $p < 0,001$).

Finalmente, a soma da pontuação na escala de distância social também variou significativamente entre os grupos (Wald $\chi^2 = 123,249$, $p < 0,001$). Psiquiatras relataram o menor valor médio (média = 1,50), e indivíduos sem reconhecimento tiveram o mesmo valor médio que indivíduos com identificação correta da vinheta (1,63); pessoas da população geral com o reconhecimento da vinheta tiveram o maior valor (média = 1,72). O valor médio dos psiquiatras foi significativamente mais baixo do que o de todos os grupos da população em geral (todas as diferenças médias

$\geq 0,13$, $p < 0,01$). As diferenças entre os indivíduos com o reconhecimento, com identificação correta, e sem reconhecimento foram todas não significativas (todas as diferenças médias $\leq 0,09$, $p > 0,05$).

Tabela 24 – Resultados de modelos lineares generalizados para as quatro escalas de estigma

Escala	Grupo	Média (CI95%)	Wald χ^2 (df)	p
Estereótipos positivos	Psiquiatras	1.65 (1.62-1.67)	117.294 (3)	0.000
	População, com identificação	1.75 (1.67-1.82)		
	População, com reconhecimento	1.77 (1.73-1.81)		
	População, sem reconhecimento	1.95 (1.89-2.02)		
Estereótipos negativos	Psiquiatras	2.25 (2.22-2.27)	230.530 (3)	0.000
	População, com identificação	2.11 (2.05-2.18)		
	População, com reconhecimento	2.01 (1.97-2.05)		
	População, sem reconhecimento	1.91 (1.85-1.96)		
Preconceito percebido	Psiquiatras	2.60 (2.57-2.61)	628.962 (3)	0.000
	População, com identificação	2.37 (2.30-2.45)		
	População, com reconhecimento	2.21 (2.18-2.25)		
	População, sem reconhecimento	2.11 (2.07-2.16)		
Distância social	Psiquiatras	1.50 (1.48-1.52)	123.249 (3)	0.000
	População, com identificação	1.63 (1.55-1.71)		
	População, com reconhecimento	1.72 (1.68-1.76)		
	População, sem reconhecimento	1.63 (1.56-1.70)		

7.3. Discussão

Enquanto que dados sócio-demográficos para a população geral e para os psiquiatras foram muito semelhantes, psiquiatras tiveram contato pessoal muito mais alto com doença psiquiátrica do que a população geral. Podemos pensar em duas hipóteses para explicar este fato; médicos que tenham parentes com problemas psiquiátricos tendem a escolher a psiquiatria como residência médica. Isso se daria possivelmente por um desejo de auxiliar este familiar, ou ainda pela familiaridade com a psiquiatria, seus diagnósticos e tratamentos, gerada pelo familiar com o

transtorno. Isso faria com que a profissão de psiquiatra concentrasse mais indivíduos com familiares que sofram de algum distúrbio psiquiátrico, sendo esta disparidade entre psiquiatras e população geral devida então a um viés de seleção. Outra explicação plausível seria a de que psiquiatras, detendo maior conhecimento da disciplina, e estando evidentemente mais aptos a realizarem diagnóstico psiquiátrico, detectam com maior facilidade pessoas com distúrbios psiquiátricos. Respondentes da população geral pensam no familiar com um provável transtorno psiquiátrico, mas que não faz tratamento, e repondem que não conhecem ninguém da família com problemas psiquiátricos uma vez que este familiar não realiza tratamento. Já os psiquiatras podem identificar com mais facilidade estes familiares, até fazendo com que estes sejam mais estimulados a buscar ajuda. Desta forma, o fato de psiquiatras terem referido ter mais familiares com distúrbio psiquiátrico pode se dar também por uma maior identificação de supostos diagnósticos psiquiátricos destes familiares.

Não obstante, na outra medida de contato pessoal, a busca de tratamento para si próprio, psiquiatras demonstraram ter uma procura levemente menor por ajuda quando comparados com a população geral. Novamente dois fatores podem dar conta, hipoteticamente, para o fato; tal diferença pode ser um reflexo de que psiquiatras, tendo maior conhecimento técnico do distúrbio psiquiátrico, geram com isso uma proteção para o mesmo e não adoecem, tampouco procuram ajuda própria. Outra explicação bastante possível é a de que psiquiatras são renitentes com os próprios problemas; temendo identificação excessiva com o próprio objeto de trabalho, negam as próprias questões e com isso procuram menos ajuda. A favor disso conta o fato de que, na formação do profissional de saúde mental geralmente lhe é recomendado que realize seguimento psicoterápico para lidar com questões que surjam durante o treinamento do profissional, o que em teoria deveria gerar maiores taxas de busca por ajuda. Por fim, é possível também, dentro desta última hipótese também, que psiquiatras se auto-mediquem e/ou acobertem o próprio tratamento, gerando as menores taxas observadas.

Com relação às medidas de estigma, quando olhamos para os resultados gerais das seções 5 e 6, psiquiatras e população geral mantiveram tendências semelhantes; no entanto, os psiquiatras parecem ter assinalando com maior

frequência opções mais estigmatizadoras em algumas partes do questionário. Para estes profissionais, em 3 dos 5 estereótipos positivos a pontuação de “menos presente” foi a maior, e em 8 dos 9 itens de preconceito percebido as respostas mais estigmatizantes foram proporcionalmente mais frequentes quando comparadas com a população geral. Para restrições e para estereótipos negativos não parece ter havido nenhuma disparidade com relação a uma amostra ser mais preconceituosa do que a outra. Distância social foi a única sub-escala na qual a população geral se mostrou mais preconceituosa, concentrando proporcionalmente mais respostas “em nenhuma ocasião” do que os psiquiatras em todos os itens (seções 5.1 e 6.1).

Poderíamos dizer que, na soma geral, os psiquiatras são mais preconceituosos do que a população geral? Que relação intrincada leva psiquiatras a demonstrarem mais estigma nos estereótipos positivos e no preconceito percebido, enquanto que no desejo por distância social é a população geral que demonstra mais preconceito? Há que se fazer uma ressalva aqui antes que se tenha qualquer conclusão; é necessário que se faça uma distinção inicial entre as pessoas que responderam ao questionário sabendo que se tratava de um caso de esquizofrenia/psicose, e pessoas que acreditavam que a pessoa descrita na vinheta não tinha qualquer tipo de problema. Ou seja, pessoas que responderam às questões de estigma com o conceito de esquizofrenia em mente, e pessoas que responderam ao questionário pensando em uma pessoa sem diagnóstico psiquiátrico. Assim, este importante fato foi considerado nas análises desta última seção.

- Informação e estigma

Desta forma os profissionais, os que mais conhecem sobre doenças mentais, foram comparados à população geral conforme o grau de reconhecimento da vinheta. O estigma variou de acordo o grau de conhecimento; psiquiatras demonstraram as pontuações mais altas de estigma, seguidos por pessoas com identificação correta, e depois por aqueles com reconhecimento da vinheta. Indivíduos sem reconhecimento da vinheta mostraram as crenças menos estigmatizantes. Esta gradação de conhecimento implicado com estigma ocorreu para todas as quatro medidas, sendo a

única exceção a distância social, para a qual os psiquiatras apresentaram as menores pontuações, enquanto que sub-amostras população em geral não diferiram estatisticamente entre si (Figura 8).

Figura 8 – Pontuações médias de psiquiatras e população geral (de acordo com grau de reconhecimento da vinheta) nas quatro dimensões de estigma

Da mesma maneira que em outros estudos, em nossa amostra de população geral o rótulo de transtorno mental e o rótulo mais específico de esquizofrenia/psicose estiveram associados à atribuição de estereótipos negativos^{39, 133}. Os nossos resultados também replicaram a constatação de que os psiquiatras estereotiparam negativamente os indivíduos com esquizofrenia⁵⁶. Mas para nossa surpresa, o nível de estigma dos profissionais nesta dimensão foi maior do que o da população em geral. Estereótipos "esquisito" e "imprevisível" foram os mais marcados para ambas as amostras.

Uma vez que "esquisito" em português é um termo pejorativo, uma primeira interpretação seria a de que as pontuações realmente refletem um estigma negativo atribuído ao indivíduo com esquizofrenia. No entanto, o motivo desta atribuição de estereótipos deve ser também considerado. "Imprevisível", por exemplo, é uma característica freqüentemente associada com a esquizofrenia^{60, 123}; esta qualidade

pode representar um reconhecimento verdadeiro de pessoas com a doença, se considerarmos algumas importantes e polêmicas publicações associando violência e psicose³⁴. Desta forma, ao responder o questionário sobre estereótipos, psiquiatras enfrentariam um dilema já que essas palavras poderiam conter conotações negativas, além de fatos objetivos apreendidos a partir da experiência profissional.

Além disso, no Brasil, a reforma do sistema público de saúde mental (Reforma Psiquiátrica) em progresso está sendo conduzida de maneira desordenada e indivíduos com transtornos mentais estão sendo levados de um tratamento com base eminentemente hospitalar para o tratamento em serviços ambulatoriais, que ainda são muito escassos¹⁰⁶. Este fato poderia, hipoteticamente, contribuir para a associação de estereótipos negativos, uma vez que pode levar ao subtratamento e reforça a visão tradicional do transtorno como uma doença com deterioração progressiva e de mal prognóstico^{53, 145}. Foi o que observaram Haraguchi et al.⁶⁷, por exemplo: os autores compararam o preconceito contra a esquizofrenia em duas amostras populacionais, do Japão e da China. Os chineses demonstraram maior desejo por distância social de indivíduos com esquizofrenia; isso foi atribuído ao fato de no Japão haver muito mais hospitais psiquiátricos e a assistência ao doente mental ser melhor no país. Portanto dificilmente se observa uma pessoa com esquizofrenia na comunidade que não esteja em tratamento. Já na China há poucos serviços de saúde mental, o que faz com que as pessoas tenham mais contato com o doente mental em seu estado mais sintomático, pois frequentemente não é tratado.

Por outro lado, para a população geral o conhecimento em saúde mental (termo cunhado internacionalmente como “*mental health literacy*”) pode ser também um fator reforçador de estereótipos negativos. Já foi demonstrado que a transmissão de informações equivocadas na mídia pode aumentar o estigma da população para com a doença mental^{146, 147}. Sabe-se, por exemplo, que quando um crime é cometido por alguém que tenha alguma doença mental, é dada muito mais atenção a ele nos noticiários do que quando é cometido por alguém sem problemas psiquiátricos¹⁴⁸. Consequentemente, não se sabe se a atribuição de estereótipos negativos ao indivíduo com esquizofrenia é resultado de experiência profissional (para psiquiatras), da falta de recursos públicos para a saúde mental, do conhecimento público sobre a doença mental e a esquizofrenia, ou uma combinação desses fatores.

Sabe-se apenas que psiquiatras estereotipam pior as pessoas com o transtorno, quando comparados com a população geral.

Quanto ao preconceito percebido, mais uma vez quanto mais as pessoas sabiam que se tratava de um caso de esquizofrenia, mais elas esperavam que a sociedade estigmatizasse as pessoas com o transtorno. Psiquiatras foram os mais pessimistas em relação ao estigma da sociedade. Vários estudos apontaram que os profissionais muitas vezes endossam a hipótese de que pessoas com esquizofrenia são comumente discriminadas por outros^{53, 97}. No entanto, como dito anteriormente, o preconceito percebido é uma escala que é muito utilizada para medir indiretamente o estigma, já que muitas vezes é uma indicadora das próprias atitudes preconceituosas dos respondentes^{68, 95, 97}. Portanto é bem possível que, em conformidade com o observado nas escalas anteriores, esta seja mais uma medida que denuncie o preconceito maior dos psiquiatras quando comparados à população geral.

Finalmente, os estereótipos são empregados para lidar na prática com o grupo estereotipado, e assim a literatura demonstra que os estereótipos negativos são comumente relacionados ao desejo por distância social (seção 2)^{39, 75}. No entanto, isso não foi observado em nossa amostra; psiquiatras controversamente mostraram as menores pontuações em distância social, embora mostrassem níveis elevados de estereótipos negativos e de preconceito percebido. Pensando-se que a atribuição de estereótipos negativos reflete um reconhecimento correto por parte dos psiquiatras das condições das pessoas com de esquizofrenia em nosso país, ao invés de refletir estigma, o baixo desejo de distância social estaria em conformidade com a estereotipagem negativa. Psiquiatras entenderiam que indivíduos com esquizofrenia podem ser imprevisíveis e sem higiene, por exemplo, mas não teriam medo de entrar em contato social com tais pessoas. No entanto, se considerarmos que a atribuição de estereótipos reflete estigma real, poderíamos supor que o contato profissional interfere em como um psiquiatra reage a um alguém com esquizofrenia (diminuindo distância social), mas não no que ele pensa sobre a pessoa com esta doença (aumentando estereótipos). Também considerando-se a hipótese de estigma, a possibilidade de que as pontuações baixas dos psiquiatras podem ser resultado de

viés de desejabilidade social de suas respostas não deve ser descartada, como observado anteriormente¹⁴⁹.

8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo tem as seguintes limitações:

- Sobre a amostra de psiquiatras, não foram coletados dados das pessoas que se recusaram a realizar a entrevista. Tampouco há no Brasil um censo indicando se a nossa amostra é equiparável ao total de psiquiatras brasileiros em termos de proporções sociodemográficas. Portanto, enquanto que a amostra da população geral é representativa de toda a população brasileira, não é garantido que a amostra de psiquiatras seja representativa. Os profissionais que freqüentam tal evento científico e aqueles que não freqüentam podem diferir em alguns aspectos de suas atitudes estigmatizantes. No entanto, os psiquiatras geralmente não são muito disponíveis para participar de pesquisas no Brasil, demonstrando um nível muito baixo de participação¹⁵⁰. Nós pensamos que entrevistá-los face-a-face em um congresso psiquiátrico nacional, que normalmente tem um bom nível de participação desses profissionais, seria a melhor maneira de reunir uma grande amostra de âmbito nacional, evitando outros vieses ainda piores.

Não obstante, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) forneceu ao estudo os dados referentes à idade e sexo de seus associados. Os psiquiatras associados também não são representativos da população de psiquiatras brasileiros, já que muitos profissionais não são sócios; no entanto, solicitamos os dados apenas a título de comparação com alguma amostra de psiquiatras que contivesse profissionais de todo o Brasil. A média de idade dos associados da ABP é de 51,2 anos, enquanto que a média de idade de nossa amostra foi de 43,4 anos. Pode-se argumentar que nossa amostra esteve enviesada ao conter participantes mais novos; mas há que se levar em consideração também que o psiquiatra não se associa à ABP logo em seu primeiro ano de residência, por exemplo, ou logo que se forma. Muitas vezes levam anos até que se associe. Isso explicaria uma idade média maior para sócios e menor para psiquiatras da amostra (já que esta inclui residentes e psiquiatras recém-formados, que possivelmente ainda não se associaram). Se por um lado a idade não foi equiparável entre sócios e a nossa amostra, por outro lado a proporção de homens e de mulheres foi bastante similar: no cadastro da ABP 40,9% são mulheres,

enquanto que em nossa amostra as mulheres representaram 44,3% dos participantes. Isso reforça um pouco mais o argumento de pouco enviesamento de nossa amostra.

- Os métodos de entrevista diferentes podem ser apontados como uma segunda limitação, uma vez que poderiam conduzir a diferentes graus de percepção de anonimato. A entrevista face-a-face seria percebida como menos anônima, levando a um maior viés de resposta na direção da desejabilidade social, hipoteticamente deslocando as pontuações dos psiquiatras para opiniões mais benignas. No entanto, mesmo se este efeito esteve presente, os resultados ainda nos permitiram conjecturar a presença de estigma negativo nesses profissionais.

9. CONCLUSÕES

Estes resultados trazem as seguintes contribuições para a pesquisa em estigma:

- Uma vez que a maioria dos estudos sobre o estigma das doenças mentais vem de países desenvolvidos^{35, 151}, nossos dados contribuem de maneira importante para a literatura internacional. Eles ajudam a entender como se comporta o estigma em um ambiente sociocultural diverso^{46, 130},
- Destarte, alguns resultados da literatura internacional foram replicados pelo nosso estudo, como, por exemplo, a relação entre rotulagem - estereótipos - estigma e o fato de contato com doença mental proteger contra estigma.
- No entanto, contrariando alguns estudos da literatura internacional, fatores como educação e reconhecimento da vinheta foram relacionados com estigma (seções 6.3 e 6.4, seção 7), mostrando que o aumento do conhecimento pode piorar o estigma. Isto aponta para possíveis fatores locais modulando o estigma, como por exemplo a qualidade de informação sobre saúde mental no Brasil¹⁵² (seção 7).
- Um dos achados fundamentais do estudo foi observar que a maior parte dos psiquiatras, assim como a maior parte da população geral estigmatiza indivíduos com esquizofrenia: os perfis “discriminadores” foram os maiores para ambas as amostras (seções 5.4 e 6.4). Isso aponta para uma necessidade de se combater esta questão no país.
- Conhecimento teve um efeito importante sobre o estigma; quanto mais “conhecimento” sobre a esquizofrenia, maior o estigma (Seção 7). Assim, uma implicação importante de nosso estudo envolve informação. Primeiramente, mais pesquisas são necessárias para definir melhor quais são as fontes de informação que alimentam o estigma, uma vez que elas podem ser múltiplas. Para a população geral uma provável fonte de informação é o conhecimento sobre saúde mental veiculado nos meios midiáticos; intervenções com relação à qualidade destas informações devem ser feitas para desfazer possíveis equívocos sobre a esquizofrenia^{73, 153, 154}. Por outro lado, os psiquiatras devem ser mais abordados com relação às suas crenças preconceituosas, uma vez que os escores demonstrados por eles no nosso estudo

podem representar estigma assim como um correto reconhecimento das condições de pessoas com esquizofrenia em nosso país. Desta forma, uma possível intervenção seria a avaliação de serviços públicos de saúde mental, já que a falta deles pode ser uma fonte de informação ruim para o estigma, especialmente em países passando por uma reforma psiquiátrica. Sintomas positivos (percepções e crenças incongruentes com a realidade compartilhada) e sintomas negativos (falta de interação com o ambiente) fazem com que indivíduos com esquizofrenia estejam em especial situação de vulnerabilidade para a exclusão social¹⁵⁵⁻¹⁵⁷. Finalmente, em pesquisas futuras abordando o estigma devemos ficar mais atentos à possibilidade de respostas socialmente desejáveis dos psiquiatras, uma vez que tais profissionais possivelmente se sentem “auditados” ao responder tais questões polêmicas.

- Sobre as técnicas estatísticas empregadas, as APLs foram capazes de discernir padrões diferentes de estigma entre a população geral. As iniciativas internacionais para reduzir o estigma devem mais frequentemente empregar essa ferramenta, pois ela pode: 1) melhorar muito o conhecimento sobre o comportamento do estigma na população estudada; 2) especificar quais determinantes se relacionam com cada perfil, possivelmente respondendo e entendendo por que alguns fatores relacionados ao estigma demonstram inconsistências na literatura (como o contato e conhecimento discutidos anteriormente, por exemplo); 3) melhorar os esforços anti-estigma já que um conjunto de indivíduos com maior estigma pode ser individualizado, agrupado e, portanto, especificamente abordado.

10. REFERÊNCIAS

1. Shorter E. A History of psychiatry from the era of the asylum to the age of Prozac. New York: John Wiley & Sons; 1997.
2. Foucault M, Khalfa J. History of madness. London ; New York: Routledge; 2006.
3. Loch AA, Wang YP, Rossler W, Tofoli LF, Silveira CM, Andrade LH. The psychosis continuum in the general population: findings from the Sao Paulo Epidemiologic Catchment Area Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2011;261(7):519-27.
4. Takahashi H, Ideno T, Okubo S, Matsui H, Takemura K, Matsuura M, et al. Impact of changing the Japanese term for "schizophrenia" for reasons of stereotypical beliefs of schizophrenia in Japanese youth. *Schizophr Res*. 2009;112(1-3):149-52.
5. James WH. Schizophrenia as a genetic morphism. *Nature*. 1970;225(5238):1153.
6. Hartwell CE. The schizophrenogenic mother concept in American psychiatry. *Psychiatry*. 1996;59(3):274-97.
7. Ghaemi SN, ebrary Inc. The concepts of psychiatry a pluralistic approach to the mind and mental illness. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2003.
8. Kandel ER. Psychiatry, psychoanalysis, and the new biology of mind. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub.; 2005.
9. Keshavan MS, Nasrallah HA, Tandon R. Schizophrenia, "Just the Facts" 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: from the elephant to the mouse. *Schizophr Res*. 2011;127(1-3):3-13.
10. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. "A Disease Like Any Other"? A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression, and Alcohol Dependence. *Am J Psychiat*. 2010;167(11):1321-30.
11. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27:363-85.

12. Goffman E. Stigma : notes on the management of spoiled identity. 1st Touchstone ed. New York: Simon & Schuster; 1986.
13. Angermeyer MC, Matschinger H. Labeling--stereotype--discrimination. An investigation of the stigma process. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005;40(5):391-5.
14. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? Br J Psychiatry. 2007;190:192-3.
15. Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey G. The handbook of social psychology. 4th ed. New York: McGraw-Hill; Distributed exclusively by Oxford University Press; 1998.
16. Fiske ST, Gilbert DT, Lindzey G. Handbook of social psychology. 5th ed. Hoboken, N.J.: Wiley; 2010.
17. Link BG. Understanding Labeling Effects in the Area of Mental-Disorders - an Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. Am Sociol Rev. 1987;52(1):96-112.
18. Brown R. Prejudice Its Social Psychology. Hoboken: Wiley; 2010
19. Druss BG, Rosenheck RA. Mental disorders and access to medical care in the United States. Am J Psychiat. 1998;155(12):1775-7.
20. Druss BG, Bradford DW, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. JAMA-J Am Med Assoc. 2000;283(4):506-11.
21. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World Psychiatry : Official Journal Of The World Psychiatric Association. 2002;1(1):16-20.
22. Angermeyer MC, Schulze B, Dietrich S. Courtesy stigma--a focus group study of relatives of schizophrenia patients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003;38(10):593-602.
23. Liggins J, Hatcher S. Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. Gen Hosp Psychiatry. 2005;27(5):359-64.
24. Micale MS, Porter R. Discovering the history of psychiatry. New York: Oxford University Press; 1994.
25. Pessoti I. O século dos manicômios: Editora 43; 1996.

26. Rothman DJ. Conscience and convenience : the asylum and its alternatives in progressive America. 1st ed. Boston: Little, Brown; 1980.
27. Scherl DJ, Macht LB. Deinstitutionalization in the absence of consensus. *Hosp Comm Psychiatry*. 1979;30(9):599-604.
28. McQuistion HL, Finnerty M, Hirschowitz J, Susser ES. Challenges for psychiatry in serving homeless people with psychiatric disorders. *Psychiatr Serv*. 2003;54(5):669-76.
29. Szasz TS. The myth of psychotherapy. *American Journal Of Psychotherapy*. 1974;28(4):517-26.
30. Cooper DG. Psychiatry and anti-psychiatry. London ; New York [etc.]: Tavistock Publications; 1967.
31. Laing RD. The Divided self. New York,: Pantheon Books; 1969.
32. Joyal C, Dubrecq JL, Grendon C, Millaud F. Major mental disorders and violence: a critical update. *Curr Psychiatry Rev*. 2007;3:33-50.
33. Thornicroft G. Shunned : discrimination against people with mental illness. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2006.
34. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos Med*. 2009;6(8).
35. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(3):163-79.
36. Andreasen NC, Arndt S, Alliger R, Miller D, Flaum M. Symptoms of schizophrenia. Methods, meanings, and mechanisms. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(5):341-51.
37. Angermeyer MC, Beck M, Matschinger H. Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2003;48(10):663-8.
38. Corrigan PW, Rowan D, Green A, Lundin R, River P, Uphoff-Wasowski K, et al. Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophr Bull*. 2002;28(2):293-309.

39. Angermeyer MC, Matschinger H. The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. *Schizophr Bull.* 2004;30(4):1049-61.
40. Leiderman EA, Vazquez G, Berizzo C, Bonifacio A, Bruscoli N, Capria JJ, et al. Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia: Buenos Aires. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46(4):281-90.
41. Phelan JC, Link BG. The growing belief that people with mental illnesses are violent: the role of the dangerousness criterion for civil commitment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33 Suppl 1:S7-12.
42. Torrey EF. *Out of the shadows : confronting America's mental illness crisis.* New York: John Wiley; 1997.
43. Lauber C, Nordt C, Sartorius N, Falcato L, Rossler W. Public acceptance of restrictions on mentally ill people. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;102:26-32.
44. Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rossler W. Do people recognise mental illness? Factors influencing mental health literacy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2003;253(5):248-51.
45. Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;108(4):304-9.
46. Angermeyer MC, Buyantugs L, Kenzine DV, Matschinger H. Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences? *Acta Psychiatr Scand.* 2004;109(6):420-5.
47. Sato M. Renaming schizophrenia: a Japanese perspective. *World Psychiatry : Official Journal Of The World Psychiatric Association.* 2006;5(1):53-5.
48. Read J, Haslam N, Sayce L, Davies E. Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an illness like any other' approach. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;114(5):303-18.
49. Porter R. Can the stigma of mental illness be changed? *Lancet.* 1998;352(9133):1049-50.
50. Mehta S, Farina A. Is being "sick" really better? Effect of the disease view of mental disorder on stigma. *J Soc Clin Psychol.* 1997;16(4):405-19.

51. Phelan JC. Genetic bases of mental illness -- a cure for stigma? *Trends Neurosci.* 2002;25(8):430-1.
52. Harland R, Antonova E, Owen GS, Broome M, Landau S, Deeley Q, et al. A study of psychiatrists' concepts of mental illness. *Psychol Med.* 2009;39(6):967-76.
53. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Henderson S. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Aust N Z J Psychiat.* 1999;33(1):77-83.
54. Hori H, Richards M, Kawamoto Y, Kunugi H. Attitudes toward schizophrenia in the general population, psychiatric staff, physicians, and psychiatrists: a web-based survey in Japan. *Psychiatry Res.* 2011;186(2-3):183-9.
55. Jones SM, Vahia IV, Cohen CI, Hindi A, Nurhussein M. A pilot study to assess attitudes, behaviors, and inter-office communication by psychiatrists and primary care providers in the care of older adults with schizophrenia. *Int J Ger Psychiatry.* 2009;24(3):254-60.
56. Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rossler W. Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand Supp.* 2006(429):51-9.
57. Caldwell TM, Jorm AF. Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: a comparison with the public and other healthcare professionals. *The Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing.* 2001;10(1):42-54.
58. Liggins J, Hatcher S. Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. *Gen Hosp Psychiat.* 2005;27(5):359-64.
59. Helbling J, Ajdacic-Gross V, Lauber C, Weyermann R, Burns T, Rossler W. Attitudes to antipsychotic drugs and their side effects: a comparison between general practitioners and the general population. *BMC Psychiatry.* 2006;6:42.
60. Ay P, Save D, Fidanoglu O. Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? A survey among medical students in Istanbul. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41(1):63-7.
61. Crisp A, Cowan L, Hart D. The College's Anti-Stigma Campaign, 1998-2003. *Psychiatric Bulletin.* 2004;28:133-6.

62. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Maj M. Beliefs about schizophrenia in Italy: a comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. *Can J Psychiatry*. 2004;49(5):322-30.
63. Couture SM, Penn DL. Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*. 2003;12(3):291-305.
64. Alexander LA, Link BG. The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health*. 2003;12(3):271-89.
65. Arvaniti A, Samakouri M, Kalamara E, Bochtsou V, Bikos C, Livaditis M. Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(8):658-65.
66. Des Courtis N, Lauber C, Costa CT, Cattapan-Ludewig K. Beliefs about the mentally ill: a comparative study between healthcare professionals in Brazil and in Switzerland. *Int Rev Psychiatry*. 2008;20(6):503-9.
67. Haraguchi K, Maeda M, Mei YX, Uchimura N. Stigma associated with schizophrenia: cultural comparison of social distance in Japan and China. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2009;63(2):153-60.
68. Griffiths KM, Nakane Y, Christensen H, Yoshioka K, Jorm AF, Nakane H. Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*. 2006;6.
69. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*. 2004;59(7):614-25.
70. Gonzalez-Torres MA, Oraa R, Aristegui M, Fernandez-Rivas A, Guimon J. Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42(1):14-23.
71. Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2002;28(1):143-55.
72. Graf J, Lauber C, Nordt C, Ruesch P, Meyer PC, Rossler W. Perceived stigmatization of mentally ill people and its consequences for the quality of life in a Swiss population. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192(8):542-7.

73. Mehta N, Kassam A, Leese M, Butler G, Thornicroft G. Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland, 1994-2003. *Br J Psychiatry*. 2009;194(3):278-84.
74. Heijnders M, Van Der Meij S. The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychol Health Med*. 2006;11(3):353-63.
75. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol*. 1999;54(9):765-76.
76. Borrás L, Boucherie M, Mohr S, Lecomte T, Perroud N, Huguelet P. Increasing self-esteem: efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *Eur Psychiatry*. 2009;24(5):307-16.
77. Fung KM, Tsang HW, Cheung WM. Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2011;189(2):208-14.
78. Kadri N, Sartorius N. The global fight against the stigma of schizophrenia. *Plos Med*. 2005;2(7):e136.
79. Pilgrim D, Rogers AE. Psychiatrists as social engineers: a study of an anti-stigma campaign. *Soc Sci Med*. 2005;61(12):2546-56.
80. Gaebel W, Baumann AE. Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: experiences from the open the doors program in Germany. *Can J Psychiatry*. 2003;48(10):657-62.
81. Corrigan P, Gelb B. Three programs that use mass approaches to challenge the stigma of mental illness. *Psychiatr Serv*. 2006;57(3):393-8.
82. Zapitelli MC, Gonçalves EC, Mosca I. Panorama da Saúde Mental do Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar. São Paulo, 2006. 225-39.
83. de Toledo Piza Peluso E, Blay SL. Community perception of mental disorders - a systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(12):955-61.
84. D'Amorim MA. Estudo comparativo da percepção da doença mental pela comunidade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 1981;33((1-2)):75-83.

85. De Toledo Piza Peluso E, Blay SL. Public beliefs about the treatment of schizophrenia and depression in Brazil. *Int J Soc Psychiatry*. 2009;55(1):16-27.
86. Peluso ETP, Blay SL. Public stigma and schizophrenia in Sao Paulo city. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33(2):130-6.
87. Association. WP. Open the Doors. The global programme to fight the stigma and discrimination because of schizophrenia. 2002 report. Chicago: World Psychiatric Association; 2002.
88. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed ed. New York: Wiley; 1977.
89. Kish L. Survey sampling. New York, J. Wiley, 1965.
90. Critério de Classificação Econômica Brasil [Internet]. 2012 [cited 30/06/2012]. Available from: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>.
91. Koenig H, Parkerson GR, Meador KG. Religion index for psychiatric research. *Am J Psychiat*. 1997;154(6):885-6.
92. Link BG, Mirotznik J, Cullen FT. The effectiveness of stigma coping orientations: can negative consequences of mental illness labeling be avoided? *J Health Soc Behav*. 1991;32(3):302-20.
93. Lauber C, Nordt C, Rossler W. Recommendations of mental health professionals and the general population on how to treat mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(10):835-43.
94. Nordt C, Rossler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull*. 2006;32(4):709-14.
95. Link BG, Cullen FT, Frank J, Wozniak JF. The Social Rejection of Former Mental-Patients - Understanding Why Labels Matter. *Am J Sociol*. 1987;92(6):1461-500.
96. Lauber C, Anthony M, Ajdacic-Gross V, Rossler W. What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *Eur Psychiatry*. 2004;19(7):423-7.
97. Schulze B. Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry*. 2007;19(2):137-55.
98. Pilgrim D. The biopsychosocial model in Anglo-American psychiatry: Past, present and future? *J Ment Health*. 2002;11(6):585-94.

99. Read J. The bio-bio-bio model of madness. *The Psychologist*. 2005;18:596-7.
100. Ghaemi SN. *The concepts of psychiatry : a pluralistic approach to the mind and mental illness*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2003.
101. Rettenbacher MA, Burns T, Kemmler G, Fleischhacker WW. Schizophrenia: attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry*. 2004;37(3):103-9.
102. Read J, Masson J. *Genetics, eugenics and mass murder*. Read J, Mosher L, Bentall R, editors. Hove, United Kingdom: Brunner-Routledge; 2004.
103. Read J, Harré N. The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatization of "mental patients". *J Ment Health*. 2001;10(2):223-35.
104. Lincoln TM, Arens E, Berger C, Rief W. Can antistigma campaigns be improved? A test of the impact of biogenetic vs psychosocial causal explanations on implicit and explicit attitudes to schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2008;34(5):984-94.
105. Kohlberg L. *The philosophy of moral development : moral stages and the idea of justice*. 1st ed. San Francisco: Harper & Row; 1981.
106. Gentil V. Principles that should guide mental health policies in low-and middle-income countries (LMICs): lessons from the Brazilian experiment. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33(1):2-3.
107. Loch AA. Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: Sao Paulo public mental health system. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34(2):185-92.
108. Muthén B, Muthén LK. Integrating person-centered and variable-centered analyses: Growth mixture modeling with latent trajectory classes. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000;24(6):882-91.
109. Lazarsfeld PF, Henry NW. *Latent Structure Analysis*. Boston, Massachusetts: Houghton Mifflin Co.; 1968.
110. Baillie D, McCabe R, Priebe S. Aetiology of depression and schizophrenia: current views of British Psychiatrists. *Psychiatr Bull*. 2009;33(374-377).
111. Lewis G, Croft-Jeffreys C, David A. Are British psychiatrists racist? *Br J Psychiatry*. 1990;157:410-5.
112. Dietz PE. Why the experts disagree: variations in the psychiatric evaluation of criminal insanity. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 1985(477):84-95.

113. Bennett DJ, Ogloff JRP, Mullen PE, Thomas SDM, Wallace C, Short T. Schizophrenia disorders, substance abuse and prior offending in a sequential series of 435 homicides. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;124(3):226-33.
114. Bennett L, Thirlaway K, Murray AJ. The stigmatising implications of presenting schizophrenia as a genetic disease. *J Gen Couns*. 2008;17(6):550-9.
115. Magliano L, Read J, Rega S, Oliviero N, Sagliocchi A, Patalano M, et al. The influence of causal explanations and diagnostic labeling on medical students' views of schizophrenia. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*. 2011;86(9):1155-62.
116. Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J, Wahlbeck K. Attitudes towards people with mental disorders: the psychometric characteristics of a Finnish questionnaire. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(2):265-73.
117. Fisher RJ. Social desirability bias and the validity of indirect questioning. *J Consum Res*. 1993;20(2):303-15.
118. Sakind NJ. *Encyclopedia of Research Design*. California, USA: SAGE Publications; 2010.
119. Kahneman D, Slovic P, Tversky A. *Judgment under uncertainty : heuristics and biases*. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 1982.
120. Zafar SN, Syed R, Tehseen S, Gowani SA, Waqar S, Zubair A, et al. Perceptions about the cause of schizophrenia and the subsequent help seeking behavior in a Pakistani population - results of a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*. 2008;8.
121. Lyons C, Hopley P, Horrocks J. A decade of stigma and discrimination in mental health: plus ca change, plus c'est la meme chose (the more things change, the more they stay the same). *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(6):501-7.
122. Corrigan PW, Shapiro JR. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(8):907-22.
123. Magliano L, De Rosa C, Fiorillo A, Malangone C, Maj M, National Mental Health Project Working G. Perception of patients' unpredictability and beliefs on the causes and consequences of schizophrenia- a community survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(5):410-6.

124. Magliano L, De Rosa C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Marasco C, et al. Beliefs of psychiatric nurses about schizophrenia: a comparison with patients' relatives and psychiatrists. *Int J Soc Psychiatry*. 2004;50(4):319-30.
125. Thompson AH, Stuart H, Bland RC, Arboleda-Florez J, Warner R, Dickson RA, et al. Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(10):475-82.
126. Stuart H, Arboleda-Florez J. Community attitudes toward people with schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2001;46(3):245-52.
127. Patel V. Spiritual distress: an indigenous model of nonpsychotic mental illness in primary care in Harare, Zimbabwe. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;92(2):103-7.
128. Muturi N, An S. HIV/AIDS Stigma and Religiosity Among African American Women. *J Health Commun*. 2010;15(4):388-401.
129. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health*. 1999;89(9):1328-33.
130. Yang LH, Kleinman A, Link BG, Phelan JC, Lee S, Good B. Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Soc Sci Med*. 2007;64(7):1524-35.
131. Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rossler W. Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105(5):385-9.
132. Thompson AH, Stuart H, Bland RC, Arboleda-Florez J, Warner R, Dickson RA. Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(10):475-82.
133. Angermeyer MC, Matschinger H. Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *Br J Psychiatry*. 2005;186:331-4.
134. Devine PG. Stereotypes and Prejudice - Their Automatic and Controlled Components. *J Pers Soc Psychol*. 1989;56(1):5-18.
135. Rusch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiat*. 2005;20(8):529-39.

136. Fisher RJ. Social Desirability Bias and the Validity of Indirect Questioning. *J Consum Res.* 1993;20(2):303-15.
137. Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski K, Campion J, et al. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Bull.* 2001;27(2):187-95.
138. Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rossler W. Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Ment Hlt J.* 2004;40(3):265-74.
139. Smith V, Reddy J, Foster K, Asbury ET, Brooks J. Public perceptions, knowledge and stigma towards people with schizophrenia. *J Public Ment Health.* 2011;10(1):45-56.
140. Stuart H. Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry : Official Journal Of The World Psychiatric Association.* 2008;7(3):185-8.
141. Dovidio JF, Brigham JC, Johnson BT, Gaertner SL. Stereotyping, prejudice and discrimination: another look. In: Macrae CN, Stangor C, Hewstone M, editors. *Stereotypes and stereotyping.* New York: Guilford Press; 1996.
142. Sartorius N, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness a report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
143. Kaplowitz SA, Fink EL, Dalessio D, Armstrong GB. Anonymity, Strength of Attitude, and the Influence of Public-Opinion Polls. *Hum Commun Res.* 1983;10(1):5-25.
144. Leiker JJ, Taub DE, Gast J. The Stigma of Aids - Persons with Aids and Social Distance. *Deviant Behav.* 1995;16(4):333-51.
145. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet.* 2009;374(9690):635-45.
146. Segurado R, Detera-Wadleigh SD, Levinson DF, Lewis CM, Gill M, Nurnberger JI, Jr., et al. Genome scan meta-analysis of schizophrenia and bipolar disorder, part III: Bipolar disorder. *Am J Hum Gen.* 2003;73(1):49-62.
147. Link BG, Phelan JC. Stigma and its public health implications. *Lancet.* 2006;367(9509):528-9.

148. Guarniero FB, Bellinghini RH, Gattaz WF. The schizophrenia stigma and mass media: a search for news published by wide circulation media in Brazil. *Rev Psiquiatr Clin.* 2012;39(3):80-4.
149. Loch AA, Hengartner MP, Guarniero FB, Lawson FL, Wang Y-P, Gattaz WF, et al. Psychiatrists' stigma towards individuals with schizophrenia. *Rev Psiquiatr Clin.* 2011;38(5):173-7.
150. Santos A, Silva LFAL, Banzato CEM, Pereira MEC. A Qualitative Analysis on What Brazilian Psychiatrists Want from Current Diagnostic Classifications. *Eur Psychiatry.* 2009;24.
151. Mak WWS, Poon CYM, Pun LYK, Cheung SF. Meta-analysis of stigma and mental health. *Soc Sci Med.* 2007;65(2):245-61.
152. Jorm AF. Mental health literacy - Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Brit J Psychiatry.* 2000;177:396-401.
153. Stuart H. Stigma and the Daily News: Evaluation of a Newspaper Intervention. *Can J Psychiatry.* 2003;48(10):651-6.
154. Rusch N, Todd AR, Bodenhausen GV, Corrigan PW. Biogenetic models of psychopathology, implicit guilt, and mental illness stigma. *Psychiatry Res.* 2010;179(3):328-32.
155. Lysaker PH, Davis LW, Warman DM, Strasburger A, Beattie N. Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: Associations across 6 months. *Psychiatry Res.* 2007;149(1-3):89-95.
156. Park SH, Ku J, Kim JJ, Jang HJ, Kim SY, Kim SH, et al. Increased personal space of patients with schizophrenia in a virtual social environment. *Psychiatry Res.* 2009;169(3):197-202.
157. Goldman HH. Progress in the elimination of the stigma of mental illness. *Am J Psychiatry.* 2010;167(11):1289-90.

APÊNDICES

Apêndice I – Instrumento de pesquisa (versão população geral)

Apêndice II – Escala de religiosidade de Duke – DUREL

Apêndice III – Itens da escala de Bogardus de distância social

Apêndice IV – Loch et al., 2011. Psychiatrists stigma towards individuals with schizophrenia. *Rev Psiqu Clin*, 38(5):173-7.

Apêndice V – Loch et al., 2012. The more information, the more negative stigma towards schizophrenia: Brazilian general population and psychiatrists compared. *Psychiatry Res*, 205:185-191.

Apêndice VI – Loch et al., 2013. Stigma toward schizophrenia: do all psychiatrists behave the same? Latent profile analysis of a national sample of psychiatrists in Brazil. *BMC Psychiatry*, 13:92.

Apêndice VII – Loch et al., 2013. Patterns of stigma towards schizophrenia among the general population. A latent profile analysis. *Int J Soc Psychiatry* (aceito para publicação).

Apêndice VIII – Loch, 2012. Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization. São Paulo public mental health system. *Rev Bras Psiquiatr*, 34:185-192.

Apêndice IX – Hengartner et al., 2012. Attitudes of mental health professionals towards persons with schizophrenia: a transcultural comparison between Switzerland and Brazil. *Rev Psiqu Clin*, 39(4):115-21.

Apêndice X – Hengartner et al., 2013. Public stigmatization of different mental disorders: a comprehensive attitude survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 22(3):269-74.

IBOPE inteligência	ALAMEDA SANTOS, Nº 2101 SÃO PAULO	FORNECEDOR	INÍCIO:	TÉRMINO:	NÚMERO DO QUESTIONÁRIO:
		_____	____:____	____:____	_____
JOB Nº 090367	ESTIGMA – POP. GERAL	2.000 ENTREVISTAS		MARÇO 2009	
UF/ MUNICÍPIO:		Cód: _____			
DISTRITO:		Cód: _____			
SUBDISTRITO:		Cód: _____			
SETOR:		Cód: _____			
SITUAÇÃO DO SETOR:		Cód: _____			
NOME DO ENTREVISTADO:				FONE RES: ()	
ENDEREÇO:				FONE COM:	
CEP: _____ - _____				CELULAR:	
BAIRRO:				E-mail:	
ENTREVISTADOR(A):		CPF: _____		DATA: ____/____/10	
CRÍTICO(A):		CPF: _____		DATA: ____/____/10	
VERIFICADOR(A):		CPF: _____		DATA: ____/____/10	
CONTROLE DE QUALIDADE IBOPE VERIFICAÇÃO:		CPF: _____		DATA: ____/____/10	

<p>INTRODUÇÃO:</p> <p>BOM DIA/TARDE/NOITE. EU SOU (DIGA SEU NOME), ENTREVISTADOR(A) PARCEIRO DO IBOPE. NÓS ESTAMOS REALIZANDO UMA PESQUISA PARA O HC DE SÃO PAULO SOBRE SAÚDE MENTAL E GOSTARÍAMOS DE CONTAR COM A SUA COLABORAÇÃO.</p> <p>A SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA E ANÔNIMA, E ALÉM DISSO, NÓS GARANTIMOS QUE SUAS RESPOSTAS SERÃO TRATADAS DE FORMA ESTRITAMENTE CONFIDENCIAL.</p> <p>PRIMEIRAMENTE EU QUERO FAZER ALGUMAS PERGUNTAS NO INTUITO DE CONHECER O SEU PERFIL.</p> <p>O QUESTIONÁRIO VAI LEVAR CERCA DE 10 MINUTOS, O(A) SR(A) CONCORDA EM PARTICIPAR?</p>	<p>CODIGO CODIFICADOR</p> <p>_____</p>
--	---

A. SEXO (NÃO PERGUNTE – ANOTE)		B. IDADE	
Masculino 1	Feminino 2	Anote: ____ ____ anos → SE MENOS DE 18 ANOS - ENCERRE! ←	
C. ENTREVISTA EFETIVADA		18 a 30 anos	1
Domicílio Titular 1	Nº do Titular ____ ____	31 a 40 anos	2
Domicílio Reserva 2	Nº do Reserva ____ ____	41 a 50 anos	3
		51 a 60 anos	4
		61 ou mais	5

I – PERFIL DO RESPONDENTE

1. Agora vou fazer uma pergunta conforme o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) faz: A sua cor ou raça é: **(LER ALTERNATIVAS – RU)**

Branca	1
Preta	2
Amarela	3
Parda	4
Indígena	5
Não Sabe/ Prefere não responder – (esp)	99

2. Você sabe ler e escrever? **(ESP – RU)**

Sim	1
Não	2
Prefere não responder	99

3. Qual é a sua escolaridade? (LER FAIXAS – RU)

Ensino Fundamental incompleto	1
Ensino Fundamental completo	2
Ensino Médio incompleto	3
Ensino médio completo ou técnico completo	4
Ensino superior incompleto	5
Ensino superior completo	6
Pós-graduado/ mestrado/ doutorado	7
Não sabe/ prefere não responder (ESP)	99

*** VINHETA DE ABERTURA***

ATENÇÃO PROGRAMAÇÃO → TEREMOS 10 VINHETAS DIFERENTES. ELAS DEVEM SER RODIZIADAS NA PROPORÇÃO DE 4 X 1 → TEMOS QUE TER 4 ENTREVISTADOS RESPONDENDO SOBRE A VINHETA DE ESQUIZOFRENIA PARA 1 RESPONDENTE DE QUALQUER UMA DAS OUTRAS.

VINHETA 1 – ALCOOLISMO HOMEM (ATENÇÃO → NÃO DEVE APARECER ESSE ENUNCIADO ANTERIOR NO QUESTIONÁRIO, SERVE APENAS PARA EMBASAMENTO PARA PROGRAMAÇÃO) - No último mês

João começou a beber o dobro de cachaça para sentir o mesmo efeito de antes. Ele já tentou diminuir ou parar de beber várias vezes, mas não conseguiu. Quando fica sem beber, João fica agitado, suando e não consegue dormir, então acaba bebendo de novo. Sua família reclama que ele está sempre de ressaca e não é mais confiável: faz planos em um dia, mas os cancela no dia seguinte.

VINHETA 2 – ALCOOLISMO MULHER (ATENÇÃO → NÃO DEVE APARECER ESSE ENUNCIADO ANTERIOR NO QUESTIONÁRIO, SERVE APENAS PARA EMBASAMENTO PARA PROGRAMAÇÃO) - No último mês

Maria começou a beber o dobro de cachaça para sentir o mesmo efeito de antes. Ela já tentou diminuir ou parar de beber várias vezes, mas não conseguiu. Quando fica sem beber, Maria fica agitada, suando e não consegue dormir, então acaba bebendo

de novo. Sua família reclama que ela está sempre de ressaca e não é mais confiável: faz planos em um dia mas os cancela no dia seguinte.

VINHETA 3 – DEPRESSÃO HOMEM - ATENÇÃO → NÃO DEVE APARECER ESSE ENUNCIADO ANTERIOR NO QUESTIONÁRIO, SERVE APENAS PARA EMBASAMENTO PARA PROGRAMAÇÃO – Nas duas

últimas semanas, João tem se sentido muito desanimado. Ele acorda de manhã com um sentimento pesado que o acompanha o dia inteiro. Ele não está gostando das coisas como gostava antes. Na verdade, ele não sente mais prazer com nada. Mesmo quando coisas boas acontecem, elas não parecem deixar o João feliz. Ele tenta levar as coisas, mas está realmente difícil. Até tarefas simples são difíceis de realizar. Ele não consegue se concentrar. Ele se sente sem energia e com a autoestima em baixa. E apesar de se sentir cansado, à noite o João tem dificuldade de dormir. Ele também se sente sem valor e desencorajado. A família dele percebeu que ele está diferente há um mês e se afastou de todos. Ele não quer conversar sobre nada.

VINHETA 4 – DEPRESSÃO MULHER - ATENÇÃO → NÃO DEVE APARECER ESSE ENUNCIADO ANTERIOR NO QUESTIONÁRIO, SERVE APENAS PARA EMBASAMENTO PARA PROGRAMAÇÃO – Nas duas

últimas semanas, Maria tem se sentido muito desanimada. Ela acorda de manhã com um sentimento pesado que a acompanha o dia inteiro. Ela não está gostando das coisas como gostava antes. Na verdade, ela não sente mais prazer com nada. Mesmo quando coisas boas acontecem, elas não parecem deixar a Maria feliz. Ela tenta levar as coisas, mas está realmente difícil. Até tarefas simples são difíceis de realizar. Ela não consegue se concentrar. Ela se sente sem energia e com a autoestima em baixa. E apesar de se sentir cansada, à noite a Maria tem dificuldade de dormir. Ela também se sente sem valor e desencorajada. A família dela percebeu que ela está diferente há um mês e se afastou de todos. Ela não quer conversar sobre nada.

VINHETA 5 – ESQUIZOFRENIA HOMEM - ATENÇÃO → NÃO DEVE APARECER ESSE ENUNCIADO ANTERIOR NO QUESTIONÁRIO, SERVE APENAS PARA EMBASAMENTO PARA PROGRAMAÇÃO) – Até um ano

atrás, a vida do João ia bem. Mas então, as coisas começaram a mudar. Ele pensava que as pessoas à sua volta estavam fazendo comentários maldosos às escondidas. O João estava convencido que os outros o espionavam e que eles podiam ouvir seus pensamentos. Ele parou de ir trabalhar e freqüentar os encontros de família e passou a ficar em casa, ao ponto de ficar o dia inteiro no quarto. Ele estava ouvindo vozes mesmo quando não havia ninguém por perto. Essas vozes falavam para ele o que fazer e o que pensar. Ele está vivendo assim há 6 meses.

VINHETA 6 – ESQUIZOFRENIA MULHER - ATENÇÃO → NÃO DEVE APARECER ESSE ENUNCIADO ANTERIOR NO QUESTIONÁRIO, SERVE APENAS PARA EMBASAMENTO PARA PROGRAMAÇÃO) – Até um ano

atrás, a vida da Maria ia bem. Mas então, as coisas começaram a mudar. Ela pensava que as pessoas à sua volta estavam fazendo comentários maldosos às escondidas. A Maria estava convencida que os outros a espionavam e que eles podiam ouvir seus pensamentos. Ela parou de ir trabalhar e freqüentar os encontros de família e passou a ficar em casa, ao ponto de ficar o dia inteiro no quarto. Ela estava ouvindo vozes mesmo quando não havia ninguém por perto. Essas vozes falavam para ela o que fazer e o que pensar. Ela está vivendo assim há 6 meses.

VINHETA 7 – DEPENDÊNCIA DE COCAÍNA HOMEM - ATENÇÃO → NÃO DEVE APARECER ESSE ENUNCIADO ANTERIOR NO QUESTIONÁRIO, SERVE APENAS PARA EMBASAMENTO PARA PROGRAMAÇÃO) - Há um ano, João cheirou cocaína pela primeira vez com

amigos em uma festa. Nos últimos meses, ele vem consumindo a droga em episódios que duram vários dias cada um. Ele perdeu peso e às vezes tem calafrios quando usa cocaína. O João gastou todas as suas economias para comprar a droga. Quando seus amigos tentam falar sobre as mudanças que perceberam, ele se irrita e foge. Ele

tentou parar de consumir cocaína, mas não conseguiu. Toda vez que tenta, ele se sente cansado e deprimido e não consegue dormir. Ele foi demitido já um mês por faltar ao trabalho.

VINHETA 8 – DEPENDÊNCIA DE COCAÍNA MULHER - ATENÇÃO → NÃO DEVE APARECER ESSE ENUNCIADO ANTERIOR NO QUESTIONÁRIO, SERVE APENAS PARA EMBASAMENTO PARA PROGRAMAÇÃO)

- Há um ano, Maria cheirou cocaína pela primeira vez com amigos em uma festa. Nos últimos meses, ela vem consumindo a droga em episódios que duram vários dias cada um. Ela perdeu peso e às vezes tem calafrios quando usa cocaína. A Maria gastou todas as suas economias para comprar a droga. Quando seus amigos tentam falar sobre as mudanças que perceberam, ela se irrita e foge. Ela tentou parar de consumir cocaína, mas não conseguiu. Toda vez que tenta, ela se sente cansada e deprimida e não consegue dormir. Ela foi demitida há um mês por faltar ao trabalho.

VINHETA 9 – INDIVÍDUO ESTRESSADO HOMEM - ATENÇÃO → NÃO DEVE APARECER ESSE ENUNCIADO ANTERIOR NO QUESTIONÁRIO, SERVE APENAS PARA EMBASAMENTO PARA PROGRAMAÇÃO)

- Até um ano atrás, a vida do João ia bem. Apesar de nada de errado estar acontecendo, o João às vezes se sente preocupado, ou um pouco triste, ou não consegue dormir bem. Ele acha que as coisas ruins o incomodam mais do que incomodariam a maioria das pessoas, e que, se algo dá errado, ele às vezes fica irritado ou chateado. Tirando isso, ele tem tido uma boa vida. Ele gosta de estar com amigos e, mesmo às vezes discutindo com seus parentes, ele se dá muito bem com a própria família.

VINHETA 10 – INDIVÍDUO ESTRESSADO MULHER - ATENÇÃO → NÃO DEVE APARECER ESSE ENUNCIADO ANTERIOR NO QUESTIONÁRIO, SERVE APENAS PARA EMBASAMENTO PARA PROGRAMAÇÃO)

- Até um ano atrás, a vida da Maria ia bem. Apesar de nada de errado estar acontecendo, a Maria às vezes se sente preocupada, ou um pouco triste, ou não consegue dormir

bem. Ela acha que as coisas ruins a incomodam mais do que incomodariam a maioria das pessoas, e que, se algo dá errado, ela às vezes fica irritada ou chateada. Tirando isso, ela tem tido uma boa vida. Ela gosta de estar com amigos e, mesmo às vezes discutindo com seus parentes, ela se dá muito bem com a própria família.

BLOCO 1***

Agora eu vou falar algumas afirmações sobre o João/ a Maria e o Sr(a) irá me responder se “Sim, concorda totalmente com a afirmação” ou “Não, discorda totalmente da afirmação”.

1A. Na sua opinião, os problemas do João/ da Maria são uma doença?
(ESPONTÂNEA – RU)

Não, discorda totalmente da afirmação	1	PULE PARA BLOCO 2
Sim, concorda totalmente com a afirmação	2	SIGA EM B1B
Prefere não responder (esp)	99	ENCERRE

1B. Na sua opinião, qual doença é essa? **(ESPONTÂNEA – ANOTAR RESPOSTA EXATAMENTE COMO O ENTREVISTADO DISSER, DETALHADAMENTE E LITERALMENTE)**

1C. Para que tipo de especialista/profissional/pessoa o(a) Sr(a) sugeriria que ele fosse levado? **(ESPONTÂNEA – ANOTAR EXATAMENTE COMO ENTREVISTADO DISSER, DETALHADAMENTE E LITERALMENTE)**

***** INSTRUÇÕES*****

PARA QUEM RESPONDEU CÓD.2 (SIM) EM 1A:

Agora vou continuar com as perguntas sobre a sua opinião a respeito do João/ da Maria, lembrando que ele/ela tem problemas, mas já está melhor.

ATENÇÃO PROGRAMAÇÃO → PARA QUEM RESPONDEU CÓD.1 (NÃO) EM 1A PROSEGUIR SEM A INTRODUÇÃO ACIMA.

***** BLOCO 2 *****

2. Agora eu vou mostrar uma lista de adjetivos e gostaria de saber o quanto o(a) Sr(a) acha que estas características identificam o João/a Maria. O(a) Sr(a) deve sempre comparar estas características com pessoas que não tenham problemas como os do João/ da Maria.

Por exemplo:

Quando eu digo que o João/ a Maria é uma pessoa esperta, os entrevistados podem responder que esta característica: está mais presente no(a) João/ Maria do que na população geral; ou que está igualmente presente no(a) João/Maria quanto na população geral; ou que está menos presente no(a) João/Maria que na população geral.

Quando eu digo que o João é _____ (RODIZIAR OS ITENS), esta característica está _____ (LER ALTERNATIVAS UMA A UMA – RU POR ITEM)

RODÍZIO	Mais presente do que na população geral	Igualmente presente em comparação com a população	Menos presente do que na população geral	Não sabe (ESP)	Prefere não responder (ESP)
a. Perigoso	1	2	3	98	99
b. Criativo	1	2	3	98	99
c. Imprevisível	1	2	3	98	99
d. Saudável de corpo e de alma	1	2	3	98	99
e. Pouco inteligente	1	2	3	98	99
f. Sem higiene	1	2	3	98	99
g. Controlado	1	2	3	98	99
h. Anormal	1	2	3	98	99
i. Talentoso	1	2	3	98	99
j. Não confiável	1	2	3	98	99
k. Racional	1	2	3	98	99
l. Esquisito	1	2	3	98	99

*** BLOCO 3 ***

3. Nas próximas afirmações, por favor, me diga o que o(a) Sr(a) acha que a **maioria das pessoas** pensa sobre pessoas que têm problemas como os do João/ da Maria.

O(a) Sr(a) discorda totalmente, concorda em partes ou concorda totalmente com as

seguintes afirmações: (LEIA CADA FRASE – RU)

RODIZIO	Discordo totalmente	Concordo em Partes	Concordo Totalmente	Não sabe	Prefere não responder
A maioria das pessoas não tem nada contra ter uma pessoa como o João em seu círculo de amigos.	1	2	3	98	99
A maioria das pessoas acredita que alguém como o João é tão inteligente quanto a média da população geral.	1	2	3	98	99
A maioria das pessoas pensa que um professor de primário como o João pode continuar ensinando crianças.	1	2	3	98	99
A maioria das pessoas não deixa que pessoas como o João tomem conta de suas crianças.	1	2	3	98	99
A maioria das pessoas dá menos valor para uma pessoa como o João.	1	2	3	98	99
A maioria dos empregadores contrata pessoas como o João, se elas estiverem qualificadas para a atividade.	1	2	3	98	99
A maioria das pessoas trata indivíduos como o João da mesma maneira como trata as outras pessoas.	1	2	3	98	99
A maioria das mulheres tem receio no contato com um homem como João.	1	2	3	98	99
As pessoas levam indivíduos menos a sério quando estes são como o João.	1	2	3	98	99

***** BLOCO 4*****

4. Agora vou ler algumas frases e gostaria que o (a) Sr(a) me respondesse se **Com Certeza**, **Talvez** ou **Em nenhuma ocasião**. Por favor, tente responder com a primeira resposta que lhe ocorrer. **(LER ALTERNATIVAS – RU)**

RODIZIO	Em nenhuma ocasião	Talvez	Com Certeza	Não sabe (ESP)	Prefere não responder (ESP)
O(a) Sr(a) trabalharia com o João?	1	2	3	98	99
O(a) Sr(a) se mudaria para um apartamento	1	2	3	98	99
O(a) Sr(a) apresentaria um(a) amigo(a) a alguém como o João?	1	2	3	98	99
Se algum amigo seu oferecesse uma vaga de emprego, o(a) Sr(a) indicaria uma pessoa como o João?	1	2	3	98	99
O(a) Sr(a) convidaria para uma festa sua, ou um encontro, ou um jantar, uma pessoa como o João?	1	2	3	98	99
O(a) Sr(a) apoiaria uma pessoa da sua família que quisesse se casar com alguém como o João?	1	2	3	98	99
O(a) Sr(a) confiaria em uma pessoa como o João para cuidar de seus filhos por algumas horas?	1	2	3	98	99

ATENÇÃO → Sempre que for perguntando se o João/ a Maria está em crise ou não, responder: "Ele/ ela já teve problemas graves, mas no momento está melhor."

***** BLOCO 5 *****

5a. O(a)Sr(a) concorda que uma pessoa, em determinadas situações, possa ser internada contra sua própria vontade em uma instituição psiquiátrica? (**LEIA ALTERNATIVAS – RU**)

Sim, em determinadas circunstâncias, sim	1
Não, em nenhum caso	2
Não sei / Não posso responder (ESPONTANEO)	3

5b. Supondo que o João/ a Maria esteja melhor dos seus problemas, o(a)Sr(a) acha que ele/ela pode ter direito de votar? (**LEIA ALTERNATIVAS – RU**)

Sim	1
Não	2
Não sei / Não posso responder (ESPONTANEO)	3

5c. Supondo que o João/ a Maria esteja melhor dos seus problemas, o(a)Sr(a) acha que ele/ela pode ter habilitação de motorista? (**LEIA ALTERNATIVAS – RU**)

Sim	1
Não	2
Não sei / Não posso responder (ESPONTANEO)	3

***** BLOCO 6 *****

6. Agora, em relação ao uso de medicamentos e tratamento para doenças psiquiátricas, farei algumas perguntas sobre medicamentos e tratamentos específicos para doenças psiquiátricas.

Por favor, nos diga qual a sua opinião sobre as seguintes afirmações.

O(a) Sr(a) **discorda totalmente, concorda em partes ou concorda totalmente** com as seguintes afirmações: **(LER CADA FRASE - RODIZIAR)**

RODIZIO	Discordo totalmente	Concordo em Partes	Concordo Totalmente	Não sabe (ESP)	Prefere não responder (ESP)
Medicamentos, da maneira como são prescritos na psiquiatria, são os meios mais eficazes para o tratamento de doenças psiquiátricas.	1	2	3	98	99
O perigo de se tornar viciado em medicamentos, da maneira como são prescritos na psiquiatria, é grande.	1	2	3	98	99
Os benefícios do tratamento com tais medicamentos são maiores do que os riscos.	1	2	3	98	99
As medicações, da maneira como são utilizadas na psiquiatria, servem apenas para acalmar os pacientes.	1	2	3	98	99
Tais medicações, no final, deixam as pessoas mais doentes do que se elas não as tivessem utilizado.	1	2	3	98	99
Os pacientes psiquiátricos só têm a agradecer a tais medicamentos.	1	2	3	98	99
Desde o advento de tais medicações, os pacientes podem muitas vezes ter alta hospitalar mais rapidamente.	1	2	3	98	99

7A. Alguém da sua família já esteve ou está atualmente em tratamento com um psicólogo, psicoterapeuta ou psiquiatra, ou em tratamento em uma clínica psiquiátrica? **(ESPONTANEO – RU)**

Sim	1	PROSSIGA PULE PARA P8C
Não	2	
Prefere não responder	3	

7B. Com que frequência o(a) Sr(a) tem contato com este familiar? **(LER ALTERNATIVAS – RU)**

Diariamente	1
Algumas vezes por semana	2
Algumas vezes por mês	3
Raramente / nunca	4

7C. O(a) Sr(a) pessoalmente já procurou ajuda profissional devido a problemas psiquiátricos? **(ESPONTANEO – RU)**

Sim	1	PROSSIGA PULE PARA P9A
Não	2	
Prefere não responder	3	

7D. O(a) Sr(a) já recebeu alguma prescrição de medicamentos para problemas psiquiátricos? **(ESPONTANEO – RU)**

Sim	1	PROSSIGA PULE PARA P9A
Não	2	
Prefere não responder	3	

7E. De qual categoria? **(LER ALTERNATIVAS - RM)**

Ansiolítico	1
Indutor do sono	2
Antidepressivo	3
Antipsicótico	4
Outros – especificar:	

8. Qual o seu estado civil? **(ESPONTANEO – RU)**

Solteiro	1
Casado ou morando junto	2
Separado ou divorciado	3
Viúvo	4

9. O(a) Sr(a) tem filhos? **(ESPONTANEO – RU)**

Sim	1
Não	2

10 A. Qual é a sua condição atual de trabalho? **(ESPONTANEO – RU)**

Tem emprego	1
Faz trabalhos ocasionais	2
Está desempregado ou procurando emprego	3
Está desempregado e não está procurando emprego	4
Estuda e trabalha	5
Estuda e não trabalha	6
Dona de Casa	7
Aposentado, pensionista	8
Vive de renda	9
Outra _____	
Não sabe/ prefere não responder	99

11A. Qual é a sua religião? **(ESPONTANEO – RU – PROGRAMAÇÃO:**

APRESENTAR TODA LISTA ABAIXO “DENOMINAÇÕES” E CODIFICAR DE ACORDO COM O NET)

Catolicismo	1
Protestantismo	2
Judaísmo	3
Orientais	4
Outras	5

Denominações

Catolicismo

1. Católica, sem denominação
2. Católica, romana
3. Católica, ucraniana
4. Ortodoxa (russa, grega, sérvia)
5. Católica (todas as outras possibilidades)

Protestantismo

1. Protestante sem denominação mencionada
2. Protestante interdimensional (duas ou mais igrejas)
3. Apostólica
4. Assembléia de deus
5. Batista (todos os tipos)
6. Cristã nascida
7. Irmãos
8. Discípulos de cristo / Igreja Cristã
9. Cristã reformada
10. Igreja de deus
11. Congregacional
12. Episcopal ou anglicana / Igreja da Inglaterra
13. Evangélica
14. Santidade
15. Testemunha de jeová
16. Luterana
17. Menonita
18. Metodista (todos os tipos, inclusive irmãos unidos)
19. Mórmon, santos dos últimos dias
20. Nazareno
21. Pentecostal
22. Presbiteriana
23. Quaker, sociedade de amigos
24. Exército da salvação
25. Santificada
26. Adventista do sétimo dia
27. Espírita
28. Unitária
29. Igreja unida de cristo
30. Protestante, outra (especificar): _____

Judaísmo

1. Judia, sem denominação mencionada
2. Judia ortodoxa
3. Judia conservadora
4. Judia reforma
5. Judia construcionista
6. Judia, todas as outras possibilidades

Orientais

1. Budista (todos, inclusive Zen)
2. Hindu
3. Muçulmana

Outras

1. Rastafariana
2. Agnóstica ou ateísta
3. Agnóstica ou ateísta
4. Sem religião
5. Outra (especificar): _____

12a. Com que freqüência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

(LER ALTERNATIVAS – RU)

Mais do que uma vez por semana	1
Uma vez por semana	2
Duas a três vezes por mês	3
Algumas vezes por ano	4
Uma vez por ano ou menos	5
Nunca	6

12b. Com que freqüência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

(LER ALTERNATIVAS – RU)

Mais do que uma vez ao dia	1
Diariamente	2
Duas ou mais vezes por semana	3
Uma vez por semana	4
Poucas vezes por mês	5
Raramente ou nunca	6

13. A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, responda se a frase é **totalmente verdadeira para você, em geral é verdade, em geral não é verdade ou não é verdade (LER ALTERNATIVAS – RU POR LINHA:**

	Totalmente verdade para mim	Em geral é verdade	Não estou certo	Em geral não é verdade	Não é verdade	Não sabe (ESP)	Prefere não responder (ESP)
a. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)	1	2	3	4	5	98	99
b. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver	1	2	3	4	5	98	99
c. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida	1	2	3	4	5	98	99

14A. Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação sócio-econômica. Todos os itens eletro-eletrônicos que eu citar, devem estar funcionando. Caso não estejam funcionando, serão considerados apenas se houver intenção de conserto nos próximos seis meses. No seu domicílio tem:

(RODIZIAR FRASES)

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
a) Televisor em cores? (Se sim) Quantos?	0	1	2	3	4
b) Videocassete ou DVD? (Se sim) Quantos?	0	2	2	2	2
c) Rádio? Considere todos os rádios da casa, incluindo os rádios de aparelhos de som, de walkman. Não considerar rádio de automóveis. (Se sim) Quantos?	0	1	2	3	4
d) Banheiros, incluindo todos os banheiros do domicílio, inclusive o de empregada? (Se sim) quantos?	0	1	2	3	4
e)Automóveis de passeio? Não considerar caminhões e veículos usados como táxi ou vans, kombis e caminhonetes utilizadas para uso profissional. (Se sim) Quantos?	0	4	5	6	7
f) Empregada doméstica ou outros empregados da casa que trabalhem pelo menos 5 dias na semana. (Se sim) quantos?	0	4	7	9	9
g) Máquina de lavar roupa do tipo que executa todo o processo de lavagem, desde o molho até a centrifugação. Não considerar o tipo “tanquinho”. (Se sim) Quantos?	0	2	2	2	2
h) Geladeira simples ou do tipo “duplex”. (Se sim) Quantas?	0	4	4	4	4
i) Freezer independente ou aquele que faz parte da geladeira, do tipo “duplex”. (Se sim) Quantos?	0	2	2	2	2

14B. Além disso, no seu domicílio também existe:

	SIM	NÃO
j) Computador	1	2
k) Forno microondas	1	2
l) Televisão a cabo	1	2
m) Câmera filmadora	1	2
n) Internet	1	2

14C. Para cada um dos itens que eu citar me diga, por gentileza, se tem ou não tem no seu domicílio, sendo seu ou de outro morador? (LEIA CADA ITEM E MARQUE O CÓDIGO CORRESPONDENTE)

	TEM	NÃO TEM
1. Telefone fixo (comum) no domicílio	1	2
2. Celular pré-pago – Próprio entrevistado	1	2
3. Celular pré-pago – Outro morador do	1	2
4. Celular pós-pago – Próprio Entrevistado	1	2
5. Celular pós-pago – Outro morador do	1	2

14D. Qual foi seu rendimento bruto no mês de março, somando todos os seus ganhos e trabalhos?

Anotar _____ reais

Empregado / assalariado / autônomo	1
Somente benefícios	2
Não tem ganhos	3

Aqui encerra a entrevista, como falei, meu nome é.....sou entrevistador(a) da empresa (diga o nome da empresa a qual você trabalha), parceira do IBOPE Inteligência, e eu quero agradecer a sua participação.

Caso tenha alguma dúvida sobre a nossa pesquisa o(a) sr(a) poderá falar com Flávia, por meio do telefone 3069-9425. Ou, se preferir, pode entrar em contato diretamente com o IBOPE Inteligência através do telefone **0800 7085000** (ligação gratuita).

APÊNDICE II - Escala de Religiosidade da Duke – DUREL

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

APÊNDICE III - Itens da escala de Bogardus de distância social

A escala de Bogardus é uma escala cumulativa (escala de Guttman), pelo fato de quando se discorda com um determinado item, discorda-se com os itens anteriores automaticamente. Portanto suas questões tem pontuação de 1 a 7 (sendo que a última questão é inversa, quando se concorda com ela, discorda-se de todos os itens anteriores).

- Eu aceitaria que um membro deste grupo se casasse com alguém da minha família. (1)
- Eu aceitaria um membro deste grupo como amigo próximo. (2)
- Eu aceitaria que um membro deste grupo fosse meu vizinho de rua. (3)
- Eu aceitaria que um membro deste grupo fosse empregado em minha firma. (4)
- Eu concederia a um membro deste grupo a cidadania em meu país. (5)
- Eu permitiria que membros deste grupo visitassem meu país. (6)
- Eu excluiria todos os membros deste grupo de meu país. (7)

[Extraído de Ribeiro, René (1956) *Religião e relações raciais*. Rio de Janeiro, Ministério da Educação e Cultura]