

Modelo Explicativo de Não Adesão ao Paradigma Psicossocial da Saúde Mental

Patrícia Fonseca de Sousa¹

Silvana Carneiro Maciel¹

Carlos Eduardo Pimentel¹

Camila Cristina Vasconcelos Dias¹

Thaís de Sousa Bezerra de Menezes¹

¹Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil

Resumo

Este estudo teve como objetivo propor um modelo explicativo de não adesão ao paradigma psicossocial da saúde mental a partir dos estereótipos, das crenças sobre a etiologia da doença mental, da percepção de ameaça e do preconceito. Para tanto, contou-se com a participação de 400 universitários, com média de idade de 24,64 anos ($DP = 6,64$), sendo a maioria do sexo feminino (75,6%). Para a proposição do modelo, foi realizada uma *path analysis*. O modelo proposto demonstrou que quanto maior a percepção de ameaça e a concordância com o estereótipo de incapacidade, menor o apoio ao paradigma psicossocial. Ademais, verificou-se que as crenças acerca da etiologia da doença mental e os estereótipos estão na base da percepção de ameaça e todas essas variáveis juntas predizem maior preconceito. Os achados desta pesquisa fornecem subsídios científicos para a realização de intervenções eficazes e consistentes que fortaleçam o paradigma psicossocial no cenário nacional.

Palavras-chave: paradigma psicossocial; reforma psiquiátrica; pessoa em sofrimento psíquico; preconceito

Explanatory Model of Non-Adhesion to the Psychosocial Mental Health Paradigm

Abstract

This study aimed to propose an explanatory model of non-adherence to the psychosocial paradigm of mental health based on stereotypes, beliefs about the etiology of mental illness, perception of threat, and prejudice. Participants included a total of 400 university students, with a mean age of 24.64 years ($SD = 6,64$), mostly women (75.6%). A path analysis was performed to propose the model, which showed that the greater the perception of threat and the agreement with the disability stereotype, the lower the support for the psychosocial paradigm. Furthermore, it was found that beliefs about the etiology of mental illness and stereotypes are at the basis of the perception of threat and all these variables together predict greater prejudice. The findings of this research provide scientific support for effective and consistent interventions that strengthen the psychosocial paradigm on the national scene.

Keywords: psychosocial paradigm, psychiatric reform, person in psychological distress, prejudice.

Modelo Explicativo de la no Adhesión al Paradigma Psicossocial de la Salud Mental

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo proponer un modelo explicativo de la no adherencia al paradigma psicossocial de la salud mental basado en estereotipos, creencias sobre la etiología de la enfermedad mental, percepción de amenaza y prejuicio. Para ello participaron 400 estudiantes universitarios, con una edad media de 24,64 años ($DS = 6,64$), siendo la mayoría mujeres (75,6%). Para la proposición del modelo, se realizó un *path análisis*. El modelo sugerido demostró que, a mayor percepción de amenaza y concordancia con el estereotipo de discapacidad, menor apoyo al paradigma psicossocial. Además, se encontró que las creencias sobre la etiología de la enfermedad mental y los estereotipos están en la base de la percepción de amenaza y todas estas variables en conjunto predicen un mayor prejuicio. Los hallazgos de esta investigación brindan soporte científico para ejecutar intervenciones efectivas y consistentes que fortalezcan el paradigma psicossocial en el escenario nacional.

Palabras clave: paradigma psicossocial, reforma psiquiátrica, persona en sufrimiento psíquico, prejuicio.

Introdução

A exclusão, enclausuramento e marginalização da loucura trouxeram inúmeras consequências para a pessoa em sofrimento psíquico, as quais ainda não foram totalmente superadas e repercutem negativamente ainda hoje na relação entre a sociedade e esse grupo social (Figueiredo & Cerqueira-Santos, 2019). Um importante aspecto da história da loucura são as

crenças e os estereótipos negativos construídos ao longo desse período, os quais estão associados ao preconceito e à percepção de ameaça frente às pessoas em sofrimento psíquico e estes, por sua vez, respaldam a não implementação de ações inclusivas efetivas, como o paradigma psicossocial.

Maciel et al. (2019) afirmam que as crenças acerca da etiologia da doença mental e os estereótipos são importantes variáveis que estão na base do preconceito

e da percepção de que as pessoas em sofrimento psíquico representam uma ameaça à sociedade. Sobre as crenças, estas desempenham um importante papel na orientação de condutas; interpretação da realidade e são consideradas fatores subjacentes às atitudes e aos comportamentos frente aos grupos sociais, atuando enquanto princípios organizadores que motivam a expressão do preconceito e da discriminação (Pereira, Pereira, & Monteiro, 2016; Pereira, Torres, Falcão, & Pereira, 2013). Reiterando tal ideia, Maciel, Pereira, Lima e Souza (2015) acrescentam que a depender da crença saliente acerca da etiologia da doença mental, podem-se observar atitudes de aceitação ou exclusão. Por exemplo, alguns estudos (Maciel et al., 2019; Melo, 2017; Stefanovics et al., 2016) apontam que a concordância com a crença religiosa, a qual atribui a causa da doença mental à ação de demônios, espíritos ou divindades (Maciel, Pereira, Lima, & Souza, 2015), está associada a atitudes e comportamentos negativos em relação às pessoas em sofrimento psíquico.

Quanto aos estereótipos, Marques, Páez e Pinto (2013) destacam que estes embasam as atitudes e comportamentos das pessoas em relação ao exogrupo, ou seja, dependendo do estereótipo saliente é possível prever ou esperar determinadas atitudes ou ações (Gondim et al., 2013). Nesse sentido, destaca-se a relevância do impacto que a adesão a determinada crença ou estereótipo tem nas atitudes e comportamentos da sociedade frente à pessoa em sofrimento psíquico. Sobre isso, Melo (2017), em um estudo com 200 universitários da Paraíba, propôs um modelo explicativo do preconceito frente à pessoa com esquizofrenia, usando os estereótipos e as crenças causais como variáveis explicativas. Os resultados indicaram que além do estereótipo de periculosidade, as crenças causais religiosas e psicológicas estavam associadas ao preconceito frente à pessoa com esquizofrenia.

Além de estarem ancorados em crenças e estereótipos, a percepção de ameaça e o preconceito também interagem entre si. O sentimento de ameaça é entendido na literatura como um importante preditor do preconceito (Nata, 2011; Pereira, Vala, Costa-Lopes, 2010), funcionando como um fator motivador dessa atitude negativa, ou seja, a percepção de que o exogrupo pode prejudicar o endogrupo torna legítima as atitudes negativas em relação ao grupo percebido como fonte de ameaça para defender os interesses do endogrupo (Barros, Torres, & Pereira, 2017). Especificamente, no contexto da saúde mental, o sentimento de ameaça pode ser compreendido enquanto vinculado

à necessidade de defesa da integridade física do endogrupo (as pessoas sem transtornos mentais) por parte do exogrupo (pessoas com transtorno mental), uma vez que as pessoas em sofrimento psíquico são vistas como potencialmente perigosas (podem causar algum dano físico) e imprevisíveis (nas quais não se pode confiar) (Melo, 2017). Portanto, quanto maior a percepção de ameaça, maior o preconceito frente à pessoa em sofrimento psíquico e mais resistentes as pessoas serão às propostas de inclusão desse grupo social.

A proposta de inclusão das pessoas em sofrimento psíquico que sofre impacto direto da imagem social negativa desse grupo é a Reforma Psiquiátrica, atual política do campo da saúde mental, que propõe amplas transformações nesse contexto a fim de mudar a relação entre a sociedade e a pessoa em sofrimento psíquico. Esse movimento busca construir um novo olhar diante da diferença e entender a complexidade do sofrimento mental (Ramos, Paiva, & Guimarães, 2019). Enfatizando desinstitucionalização e a inclusão social, as ações da reforma psiquiátrica direcionam-se para diminuição do número de hospitais psiquiátricos; fortalecimento da assistência de base comunitária; participação de toda a sociedade no processo de acolhimento da pessoa em sofrimento psíquico; entre outros (Macêdo, Barboza, & Tsukuda, 2019).

A Reforma Psiquiátrica é orientada pelo paradigma psicossocial, o qual opõe-se ao paradigma biomédico, esses modelos apresentam diferenças marcantes com relação às suas propostas direcionadas à saúde mental. O paradigma psicossocial possui como foco de sua atenção o ser humano e sua subjetividade, percebe a pessoa em sofrimento psíquico enquanto protagonista no processo de cuidado e não objeto do saber. Ademais, envolve diferentes formas de cuidado, atuação de equipes multiprofissionais e a assistência acontece prioritariamente em serviços abertos de base comunitária (Yasui, Luzio, & Amarante, 2018). Por outro lado, o paradigma biomédico centraliza suas ações na doença mental, e não no sujeito, além disso, suas principais estratégias de intervenção são a internação em hospitais psiquiátricos e a medicalização (Peres, Crepaldi, Motta, & Grigolo, 2018).

O estabelecimento do paradigma psicossocial no contexto da saúde mental não é uma tarefa simples, nem rápida, uma vez que, mesmo diante das amplas transformações propostas pela Reforma Psiquiátrica, prevalecem representações generalizadas na sociedade de que as pessoas em sofrimento psíquico são perigosas, imprevisíveis, incapazes e vinculadas a ações

demoníacas (Braga, Vasconcelos, Vieira, & Maranhão, 2015; Melo, 2017), as quais reforçam o desejo de distanciamento, o preconceito e a percepção dessas pessoas enquanto uma ameaça.

Brasil e Lacchini (2021) ressaltam que o processo de mudança no campo da saúde mental ainda é passado por inúmeros desafios, dentre os quais cabem destacar: a dificuldade de rompimento com as práticas manicomial, o preconceito e a discriminação frente às pessoas em sofrimento psíquico, a escassez de recursos financeiros, a falta de capacitação do corpo técnico e a dificuldade de articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Especificamente sobre a RAPS, estudo desenvolvido por Sampaio e Bispo Júnior (2021); com 33 profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade de Vitória da Conquista-BA; usando entrevistas e observações de campo, identificou que problemas estruturais e organizacionais da RAPS causam limitações na atenção psicossocial. Para Costa, Abreu, Amarante, & Machado (2020), a busca da integralidade do cuidado da pessoa em sofrimento psíquico requer a diversificação de estratégias; articulação da rede de cuidado e nos diversos serviços que compõem a RAPS, profissionais que atuem em consonância com os fundamentos do paradigma psicossocial.

Diante desse contexto de estabelecimento de um novo paradigma na saúde mental, esse estudo tem como objetivo propor um modelo explicativo de não adesão ao paradigma psicossocial da saúde mental a partir dos estereótipos, das crenças sobre a etiologia da doença mental, da percepção de ameaça e do preconceito. Foram formuladas as seguintes hipóteses: a crença religiosa estará na base do preconceito (Hipótese 1) e da percepção de que o doente mental representa uma ameaça (Hipótese 2), uma vez que as crenças estão subjacentes às atitudes e aos comportamentos da população (Pereira et al., 2016) e, especificamente, a crença religiosa está na base de atitudes e comportamentos negativos frente ao doente mental (Maciel et al., 2019; Melo, 2017). Os estereótipos (incapacidade e ameaça) explicarão o preconceito (Hipótese 3) e a percepção de ameaça (Hipótese 4), os quais, assim como as crenças, são utilizados pelas pessoas para embasar atitudes e comportamentos frente aos diferentes grupos sociais (Marques, Páez, & Pinto, 2013). Prevê-se que a percepção de ameaça irá explicar o preconceito (Hipótese 5) e a não adesão ao paradigma psicossocial (Hipótese 6), à medida que essa variável funciona como um fator motivador do preconceito (Barros et al., 2017) e, consequentemente, do desejo de distância social das pessoas

em sofrimento psíquico. O preconceito irá prever a não adesão ao paradigma psicossocial (Hipótese 7), uma vez que essa variável apresenta impacto na resistência da população ao apoio às propostas inclusivas às pessoas em sofrimento psíquico (Salles & Barros, 2014; Wagner, Borba, & Silva, 2015). Especificamente, quanto mais as pessoas avaliarem a pessoa em sofrimento psíquico como uma ameaça e quanto maior o preconceito frente a esse grupo, menor será o apoio ao paradigma psicossocial. Cabe salientar que, neste artigo, o termo “adesão” é entendido como a concordância com as ideias defendidas pelo paradigma psicossocial.

Compreender as variáveis subjacentes ao apoio ao paradigma psicossocial é fundamental para o seu fortalecimento e consolidação no cenário nacional. Conhecer as contribuições de tais variáveis possibilitará substrato teórico para uma futura intervenção na busca da efetivação do paradigma psicossocial e, consequentemente, da Reforma Psiquiátrica, buscando-se garantir a plena participação nas trocas sociais das pessoas em sofrimento psíquico

Método

Participantes

Participaram 400 universitários com idade variando entre 18 e 56 anos ($M = 24,69$; $DP = 6,55$), sendo a maioria do sexo feminino (75,6%), distribuídos equitativamente entre os cursos de Psicologia, Medicina, Enfermagem e Serviço Social, cursos estes escolhidos pelo fato de serem os mesmos dos profissionais presentes nos serviços substitutivos da saúde mental. A amostra foi selecionada por um procedimento não probabilístico, de amostragem por conveniência.

Instrumentos

Escala de Estereótipos sobre o Doente Mental (EEDM): Essa escala foi construída e validada por Sousa e Maciel (2019) para identificar os estereótipos sobre o doente mental. É composta por 10 itens distribuídos em dois fatores: Estereótipos de Ameaça, envolvem itens que caracterizam o doente mental como alguém perigoso e que causa medo (ex.: confiável/não confiável) e Estereótipos de Incapacidade, envolvem itens que representam o doente mental como uma pessoa sem competência para a independência e convívio em sociedade (ex.: capaz/incapaz). Os respondentes devem indicar em uma escala de 7 pontos, do tipo diferencial semântico, qual dos adjetivos se aproximava mais de sua percepção sobre o doente mental. Os fatores Estereótipos

de Ameaça ($\alpha = 0,82$) e Estereótipos de Incapacidade ($\alpha = 0,81$) apresentaram uma boa consistência interna.

Escala de Atitudes em Saúde Mental (EASM): Essa escala foi elaborada e validada por Sousa et al. (2017) para avaliar o posicionamento dos indivíduos frente aos paradigmas biomédico e psicossocial de atenção à saúde mental. É composta por 15 itens e dois fatores: Paradigma Biomédico, formado por itens que legitimam a internação e exclusão social da pessoa em sofrimento psíquico (ex.: É muito perigoso conviver com o doente mental em casa) e Paradigma Psicossocial, composto por itens que se referem à reinserção da pessoa em sofrimento psíquico por meio de ações de resgate da cidadania e vínculo com a família (ex.: Os vínculos sociais podem tratar um paciente psiquiátrico). A escala de resposta é do tipo Likert, variando de 1 (*Discorda plenamente*) a 7 (*Concorda plenamente*). Os fatores Paradigma Biomédico ($\alpha = 0,71$) e Paradigma Psicossocial ($\alpha = 0,62$) apresentaram bons índices de consistência interna. Para cumprir o propósito deste artigo, utilizou-se apenas um dos fatores dessa escala: paradigma psicossocial.

Escala de Crenças sobre a Doença Mental (ECDM): Essa escala foi construída e validada por Maciel et al. (2015) para identificar as crenças sobre a etiologia da doença mental. É formada por 30 itens distribuídos em seis fatores: Crença psicológica (ex.: A doença mental é causada por traumas psicológicos ocorridos na infância), Crença religiosa (ex.: A doença mental pode ser uma das manifestações dos espíritos), Crença biológica (ex.: A doença mental é causada por problemas biológicos), Crença no uso de Drogas (ex.: A ingestão de bebidas alcoólicas em demasia favorece o surgimento das doenças mentais), Crença socioeconômica (ex.: A doença mental pode ser causada por problemas financeiros) e Crença contingencial (ex.: A doença mental pode ser causada por um traumatismo craniano: queda que machuca a cabeça). A escala de resposta é Likert e varia de *discordo totalmente* (1) a *concordo totalmente* (5). Os fatores apresentaram índices adequados de consistência interna: Crença psicológica ($\alpha = 0,74$), Crença religiosa ($\alpha = 0,82$), Crença biológica ($\alpha = 0,72$), Crença no uso de drogas ($\alpha = 0,79$), Crença socioeconômica ($\alpha = 0,75$) e Crença contingencial ($\alpha = 0,70$).

Escala de Percepção de Ameaça frente ao Doente Mental: Elaborada por Maciel et al. (2020) para avaliar a percepção de ameaça frente ao doente mental. É composta por nove itens e dois fatores: Periculosidade, reúne itens que descrevem a pessoa em sofrimento psíquico enquanto alguém ameaçador e que causa medo na população (ex.: Doentes mentais são pessoas

perigosas) e Imprevisibilidade, agrupa itens que envolvem uma compreensão da pessoa em sofrimento psíquico enquanto alguém em quem não se pode confiar pelo fato de poder agir impulsivamente a qualquer momento, alguém que não tem controle sobre seus atos e impulsos (ex.: Doentes mentais são pessoas que podem matar com facilidade). A escala de resposta é Likert e varia de *discordo totalmente* (1) a *concordo totalmente* (5). A escala apresentou índice de consistência interna total de 0,80, suficiente para o cálculo de um indicador geral de percepção de ameaça representada pelo doente mental.

Escala de Preconceito frente ao Doente Mental: Esse instrumento foi adaptado por Maciel et al. (2019) para avaliar o preconceito frente ao doente mental a partir da escala desenvolvida por Pettigrew e Meertens (1995) para medir o preconceito flagrante. É composto por um fator e nove itens que descrevem situações cotidianas relacionadas à rejeição de proximidade com doentes mentais (ex.: Ter um (a) vizinho (a) doente mental). Os participantes indicam o quanto se sentem incomodados em cada situação descrita nesses itens numa escala que varia de 1 (*nada incomodado*) a 5 (*muito incomodado*). A escala apresentou índice adequado de consistência interna: $\alpha = 0,90$.

Os participantes também responderam perguntas de caráter sociodemográfico (idade, curso).

Procedimento de Coleta de Dados e Considerações Éticas

Os instrumentos foram aplicados coletivamente, nas salas de aula, por estudantes universitários treinados previamente para tal procedimento. Inicialmente, foram fornecidas informações aos possíveis participantes sobre o objetivo do estudo, a inexistência de respostas certas ou erradas, o direito de optar por participarem ou não e a garantia de anonimato. Os instrumentos foram aplicados na seguinte ordem: Escala de Estereótipos sobre o Doente Mental, Escala de Atitudes em Saúde Mental, Escala de Crenças sobre a Doença Mental, Escala de Percepção de Ameaça frente ao Doente Mental, Escala de Preconceito frente ao Doente Mental e perguntas de caráter sociodemográfico. O tempo aproximado da aplicação dos instrumentos foi de vinte minutos. A coleta de dados teve início após o aceite dos estudantes em participar, o qual foi obtido por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (Protocolo nº 0543/15), obedecendo a todos os cuidados de pesquisa, de acordo com as Resoluções 466/12 e 510/2016.

Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada por meio do programa SPSS versão 21.0 e incluiu além de análises descritivas (média, desvio padrão etc.), verificação da consistência interna por meio do alfa de Cronbach, análises de correlações de Pearson e de regressão múltipla (método Enter e Hierárquico). Foram estimados três modelos de regressão. No primeiro, a variável dependente foi a percepção de ameaça, e as variáveis independentes foram as crenças sobre a etiologia da doença mental e os estereótipos. No segundo, a variável dependente foi o preconceito e as variáveis independentes foram as crenças sobre a etiologia da doença mental, os estereótipos e a percepção de ameaça. No terceiro, a variável dependente foi o paradigma psicossocial e as variáveis independentes foram as crenças sobre a etiologia da doença mental, os estereótipos, a percepção de ameaça e o preconceito.

O programa AMOS versão 18.0 foi empregado para realizar *path analysis* (análise de caminhos) a fim de propor um modelo explicativo de não adesão ao paradigma psicossocial. Nessa análise, a variável dependente foi o paradigma psicossocial e as variáveis independentes foram os estereótipos, as crenças sobre a etiologia da doença mental, a percepção de ameaça e o preconceito. Para conhecer a adequabilidade do ajuste do modelo proposto, foram considerados os seguintes indicadores: χ^2/gl (qui-quadrado pelos graus de liberdade), valores menores do que 5 indicam um ajuste adequado do modelo; o *Goodness-of-Fit Index* (GFI) e o *Comparative Fit Index* (CFI), esses dois indicadores podem variar de 0 a 1 e valores próximos a 0,90 são considerados satisfatórios; o *Root-Mean-Square Error of Approximation* (RMSEA) com intervalo de confiança de 90% (IC 90%), valores entre 0,05 e 0,08 são considerados bons e até 0,10 são aceitáveis (Byrne, 2010; Garson, 2012).

Resultados

Inicialmente, foram realizadas análises para conhecer o padrão de correlações entre as variáveis pesquisadas. Os resultados estão descritos na Tabela 1, a seguir.

Os resultados apontaram que o paradigma psicossocial apresentou uma correlação negativa e significativa com o preconceito ($r = -0,24; p < 0,01$), com a percepção de ameaça ($r = -0,36; p < 0,01$), com os estereótipos de ameaça ($r = -0,22; p < 0,01$) e com os estereótipos de incapacidade ($r = -0,30; p < 0,01$). O paradigma psicossocial também demonstrou estar relacionado com

as crenças: de forma positiva com a crença psicológica ($r = 0,15; p < 0,01$), crença socioeconômica ($r = 0,15; p < 0,01$), e de forma negativa com a crença religiosa ($r = -0,13; p < 0,01$).

Já o preconceito demonstrou estar associado de forma positiva à percepção de ameaça ($r = 0,52; p < 0,01$), à crença biológica ($r = 0,12; p < 0,05$), à crença religiosa ($r = 0,23; p < 0,01$), à crença no uso de drogas ($r = 0,11; p < 0,05$), aos estereótipos de ameaça ($r = 0,37; p < 0,01$) e aos estereótipos de incapacidade ($r = 0,37; p < 0,01$).

A percepção de ameaça apresentou relação positiva e significativa com as crenças e estereótipos. Quanto às crenças, observou-se correlação com a crença religiosa ($r = 0,29; p < 0,01$), crença no uso de drogas ($r = 0,10; p < 0,05$) e crença contingencial ($r = 0,15; p < 0,01$). Quanto aos estereótipos, observou-se correlação positiva com os estereótipos de ameaça ($r = 0,35; p < 0,01$) e com os estereótipos de incapacidade ($r = 0,36; p < 0,01$).

As crenças correlacionaram-se entre si (todas positivas e variando de fraca a forte), exceto a crença religiosa com a crença biológica e a crença no uso de drogas, e a crença contingencial com a crença biológica. Com relação aos estereótipos, observaram-se correlação negativa entre o estereótipo de incapacidade e crença psicológica ($r = -0,11; p < 0,05$) e correlação positiva entre esse estereótipo e a crença religiosa ($r = 0,10; p < 0,05$).

Com o propósito de buscar evidências mais robustas acerca da relação entre as variáveis e verificar como crenças, estereótipos, percepção de ameaça e preconceito predizem o paradigma psicossocial, decidiu-se estimar três modelos de regressão múltipla, método Enter, os resultados são apresentados na Tabela 2.

Inicialmente, regrediu-se a variável critério percepção de ameaça com as crenças sobre a etiologia da doença mental e com os estereótipos [F (8, 401) = 17,67, $p < 0,001$]. Os resultados mostraram que a crença psicológica ($\beta = 0,12, p < 0,05$), a crença socioeconômica ($\beta = -0,24, p < 0,01$), a crença religiosa ($\beta = 0,26, p < 0,01$), os estereótipos de ameaça ($\beta = 0,18, p < 0,01$) e de incapacidade ($\beta = 0,20, p < 0,01$) foram preditores estatisticamente significativos da percepção de ameaça, sendo responsáveis conjuntamente por 25% da variância.

Em seguida, estimou-se um modelo de regressão que avaliou o efeito das crenças sobre a etiologia da doença mental, estereótipos e percepção de ameaça no preconceito [F(9, 401) = 23,13, $p < 0,001$]. Os resultados indicaram que o preconceito é explicado pela crença

Tabela 1.
Correlações Bivariadas entre as Variáveis (N = 400)

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Paradigma psicossocial	1										
2. Preconceito	-0,24**	1									
3. Percepção de ameaça	-0,36**	0,52**	1								
4. Crença psicológica	0,15**	0,08	0,06	1							
5. Crença socioeconômica	0,15**	0,02	-0,06	0,60**	1						
6. Crença biológica	0,05	0,12*	0,09	0,23**	0,10*	1					
7. Crença religiosa	-0,13**	0,23**	0,29**	0,19**	0,25**	0,08	1				
8. Crença no uso de drogas	0,07	0,11*	0,10*	0,39**	0,40**	0,32**	0,08	1			
9. Crença contingencial	-0,06	0,06	0,15**	0,27**	0,28**	0,09	0,32**	0,32**	1		
10. Estereótipos de ameaça	-0,22**	0,37**	0,35**	0,00	-0,03	0,01	0,08	0,02	0,02	1	
11. Estereótipos de incapacidade	-0,30**	0,37**	0,36**	-0,11*	-0,07	0,05	0,10*	0,02	0,02	0,63**	1

Nota. ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$. Identificação das variáveis: 1 = Paradigma psicossocial, 2 = Preconceito, 3 = Percepção de ameaça, 4 = Crença psicológica, 5 = Crença socioeconômica, 6 = Crença biológica, 7 = Crença religiosa, 8 = Crença no uso de drogas, 9 = Crença contingencial, 10 = Estereótipos de ameaça, 11 = Estereótipos de incapacidade.

Tabela 2.
Coefficientes de Regressão

	Percepção de ameaça		Preconceito		Paradigma psicossocial	
	B	β	B	β	B	β
Constante	0,67		-0,36		5,08	
C. psicológica	0,13	0,12*	0,04	0,03	0,13	0,11
C. socioeconômica	-0,23	-0,24**	0,01	0,01	0,06	0,06
C. biológica	0,02	0,01	0,07	0,05	0,06	0,05
C. religiosa	0,25	0,26**	0,10	0,09*	-0,06	-0,05
C. uso de drogas	0,09	0,09	0,05	0,04	0,05	0,05
C. contingenciais	0,06	0,06	-0,07	-0,06	-0,07	-0,06
E. ameaça	0,12	0,18**	0,11	0,14*	0,00	0,00
E. incapacidade	0,13	0,20**	0,09	0,13*	-0,11	-0,17*
Percepção de ameaça			0,48	0,40**	-0,28	-0,26**
Preconceito					-0,04	-0,05
R ²	0,26		0,34		0,20	
R ² _{ajustado}	0,25		0,33		0,18	

Nota. $p < 0,05$ *; $p < 0,01$ **.

religiosa ($\beta = 0,09$, $p < 0,05$), estereótipos de ameaça ($\beta = 0,14$, $p < 0,05$), de incapacidade ($\beta = 0,13$, $p < 0,05$) e percepção de ameaça ($\beta = 0,40$, $p < 0,01$) e esses pre-
visores foram responsáveis por 33% da variância.

Na terceira equação de regressão, regrediu-se a variável critério paradigma psicossocial com as crenças, estereótipos, percepção de ameaça e preconceito [$F(10, 395) = 9,96$, $p < 0,001$]. A percepção de ameaça

($\beta = -0,26, p < 0,01$) e os estereótipos de incapacidade ($\beta = -0,17, p < 0,05$) apresentaram efeito significativo, negativo e deram conta de 18% da variância. Quanto maior a percepção de ameaça e os estereótipos de incapacidade, menor o apoio ao paradigma psicossocial.

Na busca de entender a relação entre o paradigma psicossocial e o preconceito na presença das demais variáveis realizou-se análise de regressão múltipla, método hierárquico. Na primeira equação, regrediu-se a variável paradigma psicossocial com o preconceito [$F(1,401) = 23,37, p < 0,001$], observou-se um efeito significativo e negativo ($\beta = -0,24, p < 0,01$), a variância explicada foi de 5% (R^2 ajustado). Na segunda, adicionaram-se as crenças sobre a etiologia da doença mental [$F(7,401) = 7,71, p < 0,001$], os resultados encontrados foram: preconceito ($\beta = -0,23, p < 0,01$), crença psicológica ($\beta = 0,12, p < 0,05$), crença socioeconômica ($\beta = 0,12, p < 0,05$) e crença religiosa ($\beta = -0,11, p < 0,05$), os preditores foram responsáveis por 10% da variância (R^2 ajustado). Na terceira, acrescentaram-se os estereótipos sobre o doente mental [$F(9,401) = 8,34, p < 0,001$], as variáveis que apresentaram contribuições significativas foram: preconceito ($\beta = -0,14, p < 0,05$), crença socioeconômica ($\beta = 0,12, p < 0,05$), crença religiosa ($\beta = -0,10, p < 0,05$) e estereótipo de incapacidade ($\beta = -0,20, p < 0,01$), a variância explicada foi de 14% (R^2 ajustado). Na quarta, acrescentou-se a percepção de ameaça [$F(10,401) = 10,00, p < 0,001$], os achados são os já mencionados na Tabela 2 (terceira equação de regressão), as variáveis percepção de ameaça ($\beta = -0,26, p < 0,01$) e os estereótipos de incapacidade ($\beta = -0,17, p < 0,05$) foram significativos, a variância explicada foi 18% (R^2 ajustado). Ou seja, na presença da percepção

de ameaça, o preconceito perde o poder de explicar a não adesão ao paradigma psicossocial.

Por fim, foi realizada uma *path analysis*, com base na matriz de variância-covariância e adotando o estimador ML (máxima verossimilhança). Para a testagem de modelos, essa análise é considerada bastante criteriosa e rigorosa (Byrne, 1989; Hair, Tatham, Anderson, & Black, 2005). Essa análise teve como objetivo de propor um modelo explicativo de não adesão ao paradigma psicossocial. Tendo em conta os resultados encontrados (correlações e regressões realizadas) e os aspectos teóricos, decidiu-se verificar a adequação de um modelo no qual a crença psicológica, a crença socioeconômica, a crença religiosa e os estereótipos expliquem a percepção de ameaça e esta, por sua vez, prediga, juntamente com a crença religiosa e os estereótipos, o preconceito, o qual explica a não adesão ao paradigma psicossocial juntamente com a percepção de ameaça e estereótipos de incapacidade. O modelo testado obteve os seguintes índices de ajuste, $\chi^2/gf = 2,73$, GFI = 0,99, CFI = 0,98, RMSEA = 0,06 (IC90% = 0,029 - 0,105). O peso de regressão do preconceito no paradigma psicossocial não foi significativo. Os demais pesos de regressão foram significativamente diferentes de zero ($\lambda \neq 0; z > 1,96, p < 0,05$). O modelo é apresentado na Figura 1.

Discussão

Neste artigo, buscou-se propor um modelo explicativo de não adesão ao paradigma psicossocial da saúde mental a partir dos estereótipos, das crenças sobre a etiologia da doença mental, da percepção de ameaça e do preconceito. As análises realizadas indicaram que

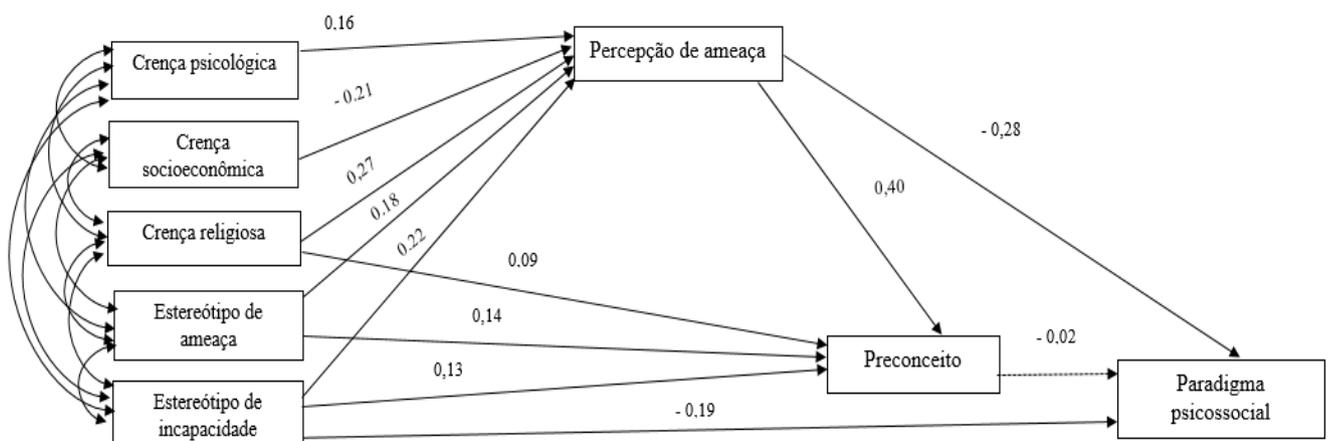


Figura 1. Modelo de não adesão ao paradigma psicossocial.

quanto maior a percepção de ameaça e a concordância com o estereótipo de incapacidade, menor o apoio ao paradigma psicossocial. Observou-se também que as crenças acerca da etiologia da doença mental e os estereótipos estão na base da percepção de ameaça e todas essas variáveis juntas predizem maior preconceito.

A percepção de ameaça, especificamente, foi explicada pela crença na natureza religiosa da doença mental, confirmando a Hipótese 2, pela crença psicológica; pela crença socioeconômica e pelos estereótipos de ameaça e incapacidade, conforme predito pela Hipótese 4.

Quanto às crenças acerca da etiologia da doença mental, a religiosa considera o sofrimento psíquico como resultado da ação de demônios, espíritos ou divindades, já a crença psicológica afirma que esse fenômeno é causado por problemas emocionais; estresse e traumas de infância (Maciel et al., 2015). Ambas as crenças estão diretamente relacionadas à percepção de ameaça, ou seja, quanto maior a concordância com tais crenças, maior o sentimento de ameaça. Sobre o efeito encontrado, Maciel et al. (2019) comentam que a percepção da causa do adoecimento mental enquanto algo que foge ao controle do indivíduo pode levar a uma maior percepção de ameaça por estar associada a uma menor chance de recuperação. A afirmação dos autores apresenta convergência com a literatura, estudos anteriores (Adewuya & Makanjuola 2008; Barczyk, 2015) mostram que a crença na incurabilidade da pessoa em sofrimento psíquico está associada a atitudes negativas, como desejo de distância social.

A crença na etiologia socioeconômica da doença mental, que a associa à pobreza; desemprego e falta de alimentação (Maciel et al., 2015), apresentou relação inversa com a percepção de ameaça, sendo que concordar com tal crença leva a uma menor percepção de ameaça. De modo contrário à crença religiosa e psicológica, a crença socioeconômica está associada a atitudes e comportamentos mais positivos, pelo fato de o sofrimento psíquico, quando vinculado a tal crença, ser visto enquanto passível de curabilidade. Sobre isso, Loch (2013) afirma que explicações sobre a doença mental que envolvem aspectos sociais estão mais ligadas a atitudes positivas do que as explicações biogenéticas, por exemplo. Segundo esse autor, isso se deve ao fato de as diferenças biológicas entre as pessoas serem percebidas como mais fundamentais e imutáveis do que as diferenças resultantes de aspectos socioeconômicos. De modo semelhante, Grausgruber, Meise, Katschnig, Schöny e Fleischhacker (2007) encontraram em sua pesquisa que, quando aspectos sociais foram apontados como

a causa da doença mental, menor desejo de distância social foi observado.

Além de ter sido explicada pelas crenças, a percepção de ameaça também foi predita pelos estereótipos. Observou-se que quanto maior os estereótipos de ameaça e de incapacidade, maior o sentimento de ameaça frente ao doente mental. Marques et al. (2013) afirmam que os estereótipos são fundamentais para a compreensão das relações intergrupais pelo fato de eles influenciarem as atitudes e comportamentos das pessoas frente aos diferentes grupos sociais. Em concordância com esses autores, os resultados desta pesquisa apontam que estereótipos negativos são preditores de atitudes negativas frente às pessoas em sofrimento psíquico, nomeadamente a percepção de ameaça. Pesquisa desenvolvida por Moll, Silva, Magalhães e Ventura (2017) evidenciam tal relação. Esses pesquisadores desenvolveram um estudo com 31 pessoas da equipe de enfermagem que atuavam na internação psiquiátrica de um hospital geral do estado de Minas Gerais, usaram entrevistas semiestruturadas e identificaram que esses profissionais percebiam os pacientes psiquiátricos como agressivos e imprevisíveis, concordavam com os estereótipos negativos acerca desse grupo e isso despertava neles o sentimento de medo/ameaça e insegurança durante a realização de suas atividades na psiquiatria, impactando diretamente na qualidade do cuidado oferecido.

O preconceito foi predito de forma direta pelos estereótipos (ameaça e incapacidade), pela crença religiosa e pela percepção de ameaça, confirmando, respectivamente, a Hipótese 3, Hipótese 1 e a Hipótese 5. Os resultados deste estudo reforçam a evidência empírica de que os estereótipos, as crenças e a percepção de ameaça são fortes preditores do preconceito, como já apontam outros estudos sobre o tema (Melo, 2017; Pereira et al., 2013; Stephan, Ybarra, & Morrison, 2009; Stephan & Stephan, 2000). Ademais, esses resultados evidenciam como o preconceito no contexto da saúde mental está fundamentado, sinalizando importantes aspectos a serem considerados na busca de promover a superação dessa atitude negativa direcionada às pessoas em sofrimento psíquico, o que é indispensável para o rompimento com práticas enclausurantes e adoção de medidas orientadas para a reabilitação psicossocial.

O paradigma psicossocial foi explicado pela percepção de ameaça, dando suporte à Hipótese 6, e pelo estereótipo de incapacidade. Concretamente, observou-se que quanto maior o sentimento de ameaça frente à pessoa em sofrimento psíquico e a concordância com o estereótipo de incapacidade, menor o apoio ao

paradigma psicossocial. Portanto, essas variáveis são apontadas nesta pesquisa como importantes barreiras à efetivação do modelo psicossocial. O paradigma de atenção psicossocial que direciona a atual política do campo da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica, busca transformar as antigas práticas manicomial em novas práticas pautadas pela desinstitucionalização e inclusão social, porém, um dos principais desafios desse paradigma é a transformação da segregação social das pessoas em sofrimento psíquico em uma proposta baseada no acolhimento na comunidade e participação social (Rodrigues & Yasui, 2016).

Coerente com a relação entre percepção de ameaça e paradigma psicossocial identificada neste estudo, Neto, Serra, Stefanovics, Rosenheck e Cavalcanti (2019) apontam que o sentimento de ameaça está relacionado ao desejo de evitação social, a fim de promover uma proteção do indivíduo ou da comunidade frente a algo ameaçador ou passível de causar algum dano. Corroborando tal afirmação, Maciel et al. (2019) verificou empiricamente, em um estudo com universitários de Enfermagem, Medicina, Psicologia e Serviço Social, que a percepção de ameaça frente à pessoa em sofrimento psíquico está relacionada à exclusão social desse grupo. Ademais, pesquisa realizada por Santos e Martins (2016), por meio de entrevistas com profissionais do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de uma cidade do estado da Bahia, identificou que o sentimento de ameaça direcionado às pessoas em sofrimento psíquico representa uma barreira à concretização do processo de inclusão social. Os profissionais afirmaram que a comunidade olha com desconfiança e medo para os usuários do CAPS, a circulação dessas pessoas na comunidade é comprometida, eles são rejeitados em muitos espaços e percebidos pela comunidade como potencialmente agressivos.

Sobre os estereótipos de incapacidade, estes envolvem a ideia de que a pessoa em sofrimento psíquico não possui competência para a independência e convívio em sociedade (Sousa & Maciel, 2019). A associação negativa entre essa variável e o paradigma psicossocial encontrada neste estudo permite inferir que devido à impossibilidade de gerir a própria vida e de desenvolver hábitos e atitudes sociáveis a pessoa em sofrimento psíquico deve ser mantida excluída. Sobre isso, Veitta e Kodato (2001) afirmam que ainda é bastante presente a ideia de que as pessoas em sofrimento psíquico devem ser mantidas distantes e sob os cuidados de instituições especializadas pautada na justificativa de que esses indivíduos são incapazes de conviver conforme

os padrões socialmente aceitos, uma vez que apresentam comportamentos e atitudes inadequadas para a vida em sociedade.

Concernente a essa perspectiva, Sartori (2015), em uma pesquisa sobre as representações sociais do transtorno mental e da assistência prestada ao doente mental, com doze profissionais da saúde, verificou que os participantes percebiam a em sofrimento psíquico como alguém que apresentava incapacidade para a vida social por apresentar características (ex.: descontrole, agressividade) que comprometiam o convívio no contexto da comunidade, familiar e do trabalho. Diante disso, observa-se que os resultados encontrados neste artigo convergem com o que aponta a literatura e reforçam o papel do estereótipo de incapacidade como um importante empecilho para o estabelecimento do paradigma psicossocial.

Um achado inesperado foi a relação não significativa entre o preconceito e o paradigma psicossocial, refutando a Hipótese 7. As análises de regressão apresentadas demonstraram que, na presença da percepção de ameaça, a variável preconceito não apresenta efeito significativo na predição do paradigma psicossocial. A percepção de ameaça envolve uma reação natural de defesa contra o perigo supostamente representado pelos doentes mentais à integridade física das pessoas (Maciel et al., 2019), ou seja, envolve o fato de essa categoria representar uma ameaça à sobrevivência dos indivíduos (Maciel et al., 2020). O preconceito, por sua vez, é um fenômeno que articula aspectos cognitivos, como os estereótipos, e aspectos sociais, como a história dos conflitos intergrupais em uma determinada sociedade (Batista, Leite, Torres, & Camino, 2014), portanto, evoca questões diferentes das trazidas pela percepção de ameaça. Dessa forma, constata-se que a percepção de ameaça por envolver algo básico e fundamental, a sobrevivência, apresentou maior significância na predição da não adesão ao paradigma psicossocial, para a amostra desta pesquisa, que o preconceito.

Nesse cenário, é importante reforçar que o modelo de atenção psicossocial propõe amplas transformações no contexto da saúde mental que envolvem desde a percepção da pessoa em sofrimento psíquico enquanto um cidadão; novos dispositivos de trabalho e práticas de intervenção, até uma compreensão do cuidado enquanto algo que ultrapassa a remissão de sintomas (Barbosa, Lima, Simões, Pedroza, & Mello, 2017). Ao longo do processo de superação do paradigma biomédico e estabelecimento do paradigma psicossocial, mudanças importantes foram alcançadas, mas o modelo

psicossocial ainda não está estabelecido de fato, há fortes entraves à sua concretização.

Conforme o entendimento de Nunes e Torrenté (2009) e Pacheco e Silva (2018), uma das barreiras às ações do paradigma psicossocial é a herança cultural que estabelece a associação entre doença mental, perigo e ameaça, apresentando-se como um importante desafio desconstruir a imagem social negativa desse grupo historicamente estigmatizado. Nesse sentido, entender as variáveis que perpassam o atual contexto da saúde mental e dificultam as ações do modelo psicossocial contribui para a compreensão dos fatores envolvidos na não adesão a esse paradigma e para a proposição de intervenções eficazes e consistentes que favoreçam a efetivação do paradigma psicossocial no cenário nacional.

Estratégias que fortaleçam e favoreçam a consolidação do paradigma psicossocial são de grande importância, especialmente, no atual contexto, no qual observam-se iniciativas que sinalizam consideráveis retrocessos na política de saúde mental, como a portaria nº 3588, de 2017, a qual propõe, entre outras coisas, a inclusão dos manicômios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a expansão das comunidades terapêuticas (Giovanetti, 2018; Figueiredo & Cerqueira-Santos, 2019).

Considerações Finais

Esse estudo permitiu ampliar as informações na literatura acerca das variáveis que estão envolvidas na efetivação do paradigma psicossocial. Os resultados encontrados revelaram que quanto maior a percepção de ameaça e a concordância com o estereótipo de incapacidade, menor o apoio ao paradigma psicossocial. Identificou-se também que as crenças acerca da etiologia da doença mental e os estereótipos estão na base da percepção de ameaça e todas essas variáveis juntas predizem maior preconceito.

Considerar tais relações é fundamental para que ações efetivas sejam realizadas na direção de promover o fortalecimento e consolidação do paradigma psicossocial. Pode-se atuar, por exemplo, na desconstrução dos estereótipos e crenças negativas sobre a doença mental, variáveis apontadas neste estudo como subjacentes ao preconceito e à percepção de ameaça. Para tanto, podem-se realizar campanhas educativas nas escolas, comunidades, entre outros. Além disso, é fundamental que toda a sociedade reflita acerca das atuais concepções e práticas que perpassam o campo da

saúde mental, buscando-se atitudes e comportamentos que promovam inclusão.

Ainda sobre os achados desta pesquisa, chama a atenção o fato de a amostra formada por universitários apontar a crença religiosa acerca da etiologia da doença mental como uma variável que contribui para a maior percepção de ameaça e preconceito. Tal crença considera o sofrimento psíquico como resultado da ação de demônios, espíritos ou divindades e representa ideias desenvolvidas durante a Idade Média, sem nenhuma evidência científica. Isso demonstra que esses estudantes ainda concordam com crenças estereotipadas e carregadas de preconceito acerca da etiologia da doença mental. Esse resultado reforça a necessidade de repensar a formação dos futuros profissionais.

Embora os achados apresentem importantes contribuições para a compreensão do fenômeno considerado, algumas limitações merecem ser comentadas. Cabe mencionar que o tipo de amostragem utilizada foi a de conveniência, o que limita a generalização dos resultados para outras amostras. Além disso, a natureza correlacional da pesquisa não permite que se afirme relações de causalidade entre as variáveis. Por fim, os achados podem ter sido afetados pela desejabilidade social, tendência a emitir respostas socialmente aceitáveis, mascarando a real opinião. É importante que pesquisas futuras sejam realizadas levando em conta as limitações acima apresentadas. Novas pesquisas utilizando cenários experimentais podem ser desenvolvidas, como também aquelas que utilizem medidas implícitas para tentar reduzir o efeito da desejabilidade social. Os resultados aqui encontrados oferecem um importante fundamento teórico que pode contribuir para a elaboração de intervenções eficazes e coerentes para a efetivação do paradigma psicossocial.

Referências

- Adewuya, A. O., & Makanjuola, R. O. A. (2008). Social distance towards people with mental illness in southwestern Nigeria. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(5), 389-395. doi: <https://doi.org/10.1080/00048670801961115>
- Barbosa, V., Lima, C., Simões, J., Pedroza, R., & Mello, M. (2017). Tecnologias leves para o cuidado de enfermagem na atenção psicossocial: Contribuições à superação de estigmas sobre a doença mental. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão*, 14(26), 119-132. doi: <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2017v14n26p119>

- Barczyk, A. N. (2015). Relationship between the public's belief in recovery, level of mental illness stigma, and previous contact. *Community Ment Health J*, 51, 38-47 doi: <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9766-z>
- Barros, C. M. D. L., Torres, A. R. R., & Pereira, C. R. (2017). Atitudes de estudantes de medicina face ao “Mais Médicos” revela favorecimento endogrupal. *Revista Psico*, 48(1), 12-20. doi: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2017.1.23871>
- Batista, J. R. M., Leite, E. L., Torres, A. R. R., & Camino, L. (2014). Negros e nordestinos: Similaridades nos estereótipos raciais e regionais. *Revista Psicologia Política*, 14(30), 325-345. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo>
- Braga, I. B., Vasconcelos, J. F., Vieira, A. C. C., & Maranhão, T. L. G. (2015). Representação social de doente mental na percepção de cuidadores. *ID online Revista de Psicologia*, (27), 98-117. Recuperado de <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/349>
- Brasil, D., & Lacchini, A. (2021). Reforma psiquiátrica brasileira: Dos seus antecedentes aos dias atuais. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 10(1), 14-32. Recuperado de <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/343/211>
- Byrne, B. M. (1989). *A primer of LISREL: Basic applications and programming for confirmatory factor analytic models*. New York: Springer-Verlag.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with Amos: Basic concepts, applications, and programming*. New York: Routledge.
- Costa, C. M., Abreu, C. R. M., Amarante, P., & Machado, F. R. S. (2020). Educação Permanente em Saúde e atenção psicossocial: A experiência do Projeto Rede Sampa. *Saúde em Debate*, 44(127), 1312-1323. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012726>
- Figueiredo, J. M. A., & Cerqueira-Santos, E. (2019). Exclusão social das pessoas com transtornos mentais severos e as repercussões na vivência sexual. In E. Cerqueira-Santos & L. Maia (Orgs.), *Preconceito e exclusão social: estudos em psicologia no Brasil* (pp. 218-246). Teresina: EDUFPI.
- Garson, G. D. (2012). *Structural Equation Modeling*. Ashboro: Statistical Associates Publishers.
- Giovanetti, F. Z. C. (2018). *A negação da clínica na saúde mental: impossibilidade para a sustentação da proposta antimanicomial*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Gondim, S. M. G., Techio, E. M., Paranhos, J., Moreira, T., Brantes, C., Bonifácio Sobrinho, J., & Santana, V. (2013). Imigração e trabalho: Um estudo sobre identidade social, emoções e discriminação contra estrangeiros. *Psicologia em Pesquisa*, 7(2), 151-163. doi: <https://doi.org/10.5327/Z1982-1247201300020003>
- Grausgruber, A., Meise, U., Katschnig, H., Schöny, W., & Fleischhacker, W. W. (2007). Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: A comparison between the general public, relatives and mental health staff. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 310-319. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00882.x>
- Hair, J. F., Tatham, R. L., Anderson, R. E., & Black, W. (2005). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Loch, A. A. (2013). *Estereótipos e crenças relacionadas à esquizofrenia: Um levantamento comparativo entre profissionais de saúde mental e a população geral do Brasil*. (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Macêdo, S. A., Barboza, W. C. S., & Tsukuda, Y. F. (2019). Da institucionalização total à medicalização: Relatos sobre os dispositivos de saúde mental em Feira de Santana – BA. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 8(1), 1-13. doi: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rps.v8i1.2043>
- Maciel, S. C., Pereira, C. R., Lima, T. J. S., & Souza, L. E. C. (2015). Desenvolvimento e validação da escala de crenças sobre a doença mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(3), 463-473. doi: <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528305>
- Maciel, S. C., Pereira, C. R., Lima, T. J. S., Souza, L. E. C., Camino, L., & Silva, G. L. S. (2019). Exclusão social de pessoas que sofrem de transtornos mentais: uma proposta para um modelo explicativo. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 29, e2915 doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-4327e2915>
- Maciel, S. C., Souza, L. E. C., Lima, T. J. S., Sousa, P. F., & Pereira, C. R. (2020). Elaboração e evidências preliminares de validade da Escala de Percepção de

- Ameaça frente ao Doente Mental. *Revista Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e190135. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e190135>
- Marques, J. M., Páez, D., & Pinto, I. R. (2013). Estereótipos: Antecedentes e consequências das crenças sobre os grupos. In J. Vala & M.B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia Social* (pp.435-492). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Melo, J. R. F. (2017). *Preconceito flagrante e sutil frente à esquizofrenia: Explicações com base em crenças causais e estereótipos*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Moll, M. F., Silva, L. D., Magalhães, F. L., & Ventura, C. A. (2017). Profissionais de enfermagem e a interação psiquiátrica em hospital geral: percepções e capacitação profissional. *Cogitare Enfermagem*, 22(2), 1-9. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i1.49933>
- Nata, G. (2011). *Diferença cultural e democracia: Identidade, cidadania e tolerância na relação entre maioria e minorias*. (Tese de doutorado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal.
- Neto, H. G. R., Serra, R. D., Stefanovics, E., Rosenheck, R., & Cavalcanti, M. T. (2019). Um estudo longitudinal sobre a influência do internato em saúde mental na redução de atitudes negativas de estudantes de Medicina em relação a portadores de transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(3), 139-145. doi: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000239>
- Nunes, M., & Torrenté, M. (2009). Estigma e violências no trato com a loucura: Narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Revista de Saúde Pública*, 43(Suppl. 1), 101-108. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800015>
- Pacheco, R. F., & Silva, C. R. (2018). (Com) viver com a loucura: Por um cuidado extramuros. *Revista Polis e Psique*, 8(2), 140-161. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br>
- Pereira, A., Pereira, C. R., & Monteiro, M. B. (2016). Normative pressure to reduce prejudice against homosexuals: The buffering role of beliefs about the nature of homosexuality. *Personality and Individual Differences*, 96, 88-99. doi: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.042>
- Pereira, C. R., Torres, A. R., Falcão, L., & Pereira, A. S. (2013). O Papel de Representações Sociais sobre a Natureza da Homossexualidade na Oposição ao Casamento Civil e à Adoção por Famílias Homoafetivas. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 29(1), 79-89. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722013000100010>
- Pereira, C., Vala, J., & Costa-Lopes, R. (2010). From prejudice to discrimination: The legitimizing role of perceived threat in discrimination against immigrants. *European Journal of Social Psychology*, 40, 1231-1250. doi: <https://doi.org/10.1002/ejsp.718>
- Peres, G., Crepaldi, M., Motta, C., & Grigolo, T. (2018). Limites e desafios da rede de atenção psicossocial na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 10(27), 34-52. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br>
- Pettigrew, T., & Meertens, R. (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25(1), 57-75. doi: <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420250106>
- Ramos, D. K. R., Paiva, I. K. S., & Guimarães, J. (2019). Pesquisa qualitativa no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: Vozes, lugares, saberes/fazer. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(3), 839-852. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.00512017>
- Rodrigues, A. C., & Yasui, S. (2016). Oficinas de geração de trabalho e renda na atenção psicossocial: Reflexões sobre um equipamento e suas produções de cuidado. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 8(20), 1-23. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org>
- Salles, M. M., & Barros, S. (2014). Da cidadania à realização de projetos de vida: Inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 1275-1292. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/physis/2014.v24n4/1275-1292/pt>
- Sampaio, M. L., & Bispo Junior, J. P. (2021). Rede de atenção psicossocial: Avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3), e00042620. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>
- Santos, A. V., & Martins, H. T. (2016). Um breve percurso na prática de inserção social em um centro de atenção psicossocial - CAPS na Bahia. *Revista Polis e Psique*, 6(3), 124-144. Recuperado de <http://pepsic>

bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238152X2016000300008&lng=pt&tlng=pt

- Sartori, N. R. (2015). *Representações sociais sobre o “louco” e a “loucura”: Concepções e práticas de profissionais da atenção básica*. (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Sousa, P. F., & Maciel, S. C. (2019). Escala de estereótipos sobre o doente mental: Construção e evidências psicométricas preliminares. *Revista Temas em Psicologia*, 27(2), 459-471. doi: <https://doi.org/10.9788/tp2019.2-12>
- Sousa, P. F., Maciel, S. C. M., Torres, A. R. R., Lima, T. J. S., Medeiros, K. T., & Vieira, G. L. S. (2017). Evidências de validade fatorial e precisão da escala de atitudes em saúde mental. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(1), 97-106. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000100010>
- Stefanovics, E. A., He, H., Cavalcanti, M., Neto, H., Ofori-Atta, A., Leddy, M., Ighodaro, A., & Rosenheck, R. (2016). Witchcraft and biopsychosocial causes of mental illness: Attitudes and beliefs about mental illness among health professionals in five countries. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(3), 169-174. doi: <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000422>
- Stephan, W. G., & Stephan, C.W. (2000). Na integrated threat theory of prejudice. In S. Oskamp (Ed.), *Reducing prejudice and discrimination* (pp.23-46). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Stephan, W. G., Ybarra, O., & Morrison, K. R. (2009). Inter group threat theory. In T. D. Nelson (Ed.), *Hand book of prejudice* (pp. 43-60). Mahwah: Erlbaum.
- Veitta, E. P., & Kodato, S. (2001). Representação social da doença mental em enfermeiros psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(5), 233-242.
- Wagner, L. C., Borba, E. C., & Silva, M. S. (2015). Inclusão ocupacional: Perspectiva de pessoas com esquizofrenia. *Revista Psicologia em Estudo*, 20(1), 83-94. doi: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v20i1.25522>
- Yasui, S., Luzio, C. A., & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: A vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 173-90. doi: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80426>

Recebido em: 11/03/2021
 Reformulado em: 13/07/2021
 Aprovado em: 17/08/2021

Nota dos autores:

Apoio financeiro: Capes

Sobre os autores:

Patrícia Fonseca de Sousa é Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1885-2626>

E-mail: patriciasousa20@yahoo.com.br

Silvana Carneiro Maciel é Doutora em Psicologia Social, Professora da Universidade Federal da Paraíba da graduação e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. João Pessoa – PB, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1489-1126>

E-mail: silcamaciel@gmail.com

Carlos Eduardo Pimentel é Professor Associado do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da UFPB, João Pessoa, PB, Brasil. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq – Nível 2. Doutor em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações pela UnB.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3894-5790>

E-mail: cep@academico.ufpb.br

Camila Cristina Vasconcelos Dias é Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9359-3201>

E-mail: camilavdias@gmail.com

Thaís de Sousa Bezerra de Menezes é Graduada em psicologia pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em terapia cognitivo-comportamental pelo Centro Integrado de Tecnologia e Pesquisa. Mestra em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Doutorado em andamento em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3234-7984>

E-mail: thaismenezestk@gmail.com

Contato com os autores:

Universidade Federal da Paraíba, Campus I, Cidade Universitária

João Pessoa-PB, Brasil

CEP: 58033-455