

PERCEPÇÃO DE AMEAÇA E EXCLUSÃO DO DOENTE MENTAL: ANÁLISE A PARTIR DAS CRENÇAS SOBRE A DOENÇA MENTAL

Isabelle Gomes Oliveira (1); Patrícia Fonseca de Sousa (1); Silvana Carneiro Maciel (2)

Universidade Federal da Paraíba

isabellepsicoufpb@gmail.com

RESUMO: As crenças sobre a natureza dos grupos sociais são variáveis importante para a compreensão das atitudes negativas e de comportamentos de discriminação frente a esses grupos. Este estudo teve como objetivo investigar as crenças que estão associadas à exclusão e percepção de ameaça do doente mental. Participaram dessa pesquisa 216 pessoas da população geral, com idade média de 32, 15 anos (DP= 11,84). Para a coleta de dados foram utilizadas a Escala de Percepção de Ameaça Frente ao Doente Mental, a Escala de Crenças sobre a Doença Mental e a Escala de Exclusão Social do Doente Mental. Os dados foram tabulados e analisados pelo SPSS, por meio de estatísticas descritivas. Como resultados encontrou-se que a percepção de ameaça no fator periculosidade apresentou correlação com as crenças religiosas ($r = 31, p < 0,01$) e contingenciais ($r = 20, p < 0,01$), já o fator imprevisibilidade apresentou correlação com as crenças biológicas ($r = 14, p < 0,05$), religiosas ($r = 39, p < 0,01$), uso de drogas ($r = 22, p < 0,01$) e contingenciais ($r = 22, p < 0,01$). A exclusão apresentou correlação com a crença no uso de drogas ($r = 16, p < 0,05$). Espera-se que os resultados dessa pesquisa contribuam para análise acerca dos fatores que podem promover o processo de inclusão social do doente mental na sociedade, contribuindo para que haja não somente uma mudança de leis, mas de crenças e atitudes acerca do doente mental, as quais influenciam diretamente no processo de inclusão social destes.

Palavras-chaves: crenças; percepção de ameaça; exclusão; doença mental.

INTRODUÇÃO

A assistência em saúde mental e a compreensão do doente mental vêm passando por mudanças consideráveis nos últimos anos devido ao advento da política da Reforma Psiquiátrica, a qual, segundo Souza (2014), surge com a intenção de trazer modificações para o sistema de tratamento clínico da doença mental, substituindo o modelo biomédico, que por meio da internação exclui socialmente o doente mental, pelos serviços de atenção psicossocial, o qual tem como foco a inserção social e familiar do sujeito (ANDRADE; MEDEIROS; PATRIOTA, 2010).

Entende-se que a Reforma Psiquiátrica (RP) busca promover não somente um novo modelo de cuidado para o doente mental, mas tem como um de seus objetivos transformar as representações, crenças e preconceitos da sociedade frente à loucura (ANDRADE; MEDEIROS; PATRIOTA, 2010). Entretanto, mesmo com avanços, a atenção psiquiátrica pautada no paradigma psicossocial convive lado a lado com a permanência do paradigma biomédico, visto que o modelo asilar de tratamento predominou no Brasil até meados do século XX e os primeiros traços da RP neste país surgiram após a segunda metade da década de 1970. Sendo a Lei nº 10.216, ou “Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira” sancionada apenas em 2001 (SOUZA, 2014).

Apesar dos avanços do campo da saúde mental, a reforma psiquiátrica ainda é um processo em construção, visto que seu estabelecimento é recente; em função disso, a atenção psiquiátrica pautada no paradigma psicossocial convive, lado a lado, com a permanência do paradigma biomédico, centrado na medicalização e hospitalizações. Como demonstram diversas pesquisas, os serviços substitutivos, que deveriam funcionar conforme o preconizado pela Reforma Psiquiátrica, ainda operam na mesma lógica do paradigma biomédico e da hospitalização. (BORGES; LUZIO, 2010).

Desta forma, devido à todos esses longos anos de asilamento cultivando crenças estereotipadas e distorcidas acerca da causalidade e do sujeito com transtorno mental como um ser perigoso e imprevisível, os sentimentos relacionados a estes estão ancorados em representações que os classificam como sem juízo, sem razão e agressivos, o que resulta em atitudes de preconceito e exclusão. Essas pessoas passam a ser vistas como uma ameaça à sociedade, contribuindo para fomentação de atitudes preconceituosas e do não apoio social as políticas de inclusão (ANGERMEYER; MATSCHINGER, 2004; PAES et al., 2009; BARROS; GARCIA CLARO, 2011; GIL, 2010; MFOAFO-M’CARTHY; HULS, 2014).

O preconceito, no presente estudo, é considerado como sendo uma forma de relação intergrupual organizada em torno das relações de poder entre os grupos, produzindo discursos ideológicos, os quais justificam a expressão de atitudes negativas e comportamentos discriminatórios, como a exclusão, em relação aos membros de grupos minoritários. (LIMA, 2011; PEREIRA et al., 2003; TECHIO, 2011).

A exclusão, por sua vez, acontece no momento em que as pessoas agem com base nesse preconceito, podendo indicar e caracterizar desigualdade social, miséria, injustiça, exploração socioeconômica, marginalização social, dentre outras significações, abrangendo também questões acerca do modelo de sociedade, como a inserção desvantajosa nessa e o a falta de acesso a bens materiais e simbólicos (ESCOREL, 1999; VÉRAS, 2001).

O preconceito, porém, não surge do vácuo, mas as crenças sobre a natureza dos grupos sociais dão base para o preconceito e a exclusão contra estes (PEREIRA et al., 2013; SCHLIER; SCHMICK; LINCOLN, 2014). Krüger (2013) afirma que as crenças são originadas a partir da experiência pessoal tanto interna quanto externa. Tais crenças dão base para as representações sociais, as quais por sua vez, fomentam a estigmatização e mantem o preconceito sobre os doentes mentais.

As crenças também podem aumentar as atitudes negativas, tais como necessidade de manter distância e a percepção de ameaça (PESCOSOLIDO et al., 2010). Pesquisas demonstram que a exclusão dos portadores de transtornos mentais, a despeito da política de inclusão, é influenciada pelas crenças que as pessoas possuem acerca da natureza da doença mental (CORRIGAN et al., 2003; GUREJE et al., 2006).

Diante desses fatos, é de extrema importância que hajam pesquisas em saúde mental investigando a percepção de ameaça, as crenças e o processo de exclusão a fim de que sejam formuladas estratégias para combater essas situações. É nesse contexto ao qual esta pesquisa insere-se, visto que teve como objetivo investigar as crenças que estão associadas à exclusão e percepção de ameaça do doente mental, diante de uma sociedade que afirma ser inclusiva e que defende o paradigma da saúde psicossocial, compreendendo que o preconceito e a exclusão desses sujeitos são problemas sociais e teoricamente relevantes.

MÉTODOS

Amostra

Participaram desse estudo 216 pessoas da população geral, com idade média de 32, 15 anos (DP= 11,84); sendo 78,7% do gênero feminino e 21,3% do gênero masculino; 54,2% dos participantes disseram ser estudantes e 45,8% disseram trabalhar. Cabe ressaltar, que a amostra desse estudo foi de conveniência, não probabilística, constituída por pessoas que aceitaram participar voluntariamente do estudo.

Instrumentos

Para a coleta de dados, além de perguntas de caráter sócio demográfico (Ex: idade, gênero, ocupação), os participantes responderam os seguintes instrumentos:

a) Escala de Percepção de ameaça frente ao Doente Mental: Esta escala construída por Maciel e Pereira (2014) visa avaliar a percepção de ameaça frente ao doente mental e é composta por nove itens, respondidos em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, variando de discordo totalmente (1) a concordo totalmente (5). Ela buscou verificar se os respondentes representam o doente mental como uma ameaça (e.g. É muito perigoso conviver com um doente mental) e os resultados de uma análise fatorial pelo método dos eixos principais mostraram a existência de dois fatores que explicaram 57,7% da variabilidade total. O primeiro fator, periculosidade ($\alpha = 0,82$), é composto pelos itens: 1, 2, 3, 4 e 7, enquanto o segundo fator, imprevisibilidade ($\alpha = 0,69$), é formado pelos os itens 5, 6, 8 e 9.

b) Escala de Crenças Sobre a Doença Mental: Avalia seis tipos de crenças sobre a natureza da doença mental: psicológicas (Ex item: A doença mental é causada por traumas psicológicos ocorridos na infância; $\alpha = 0,75$), religiosas (Ex item: A doença mental está relacionada com a falta de fé em Deus; $\alpha = 0,84$), biológicas (Ex item: A doença mental está relacionada com problemas orgânicos no cérebro; $\alpha = 0,72$), uso de drogas (Ex item: Dependentes químicos são mais vulneráveis a adquirir transtornos mentais; $\alpha = 0,81$), socioeconômicas (Ex item: A doença mental pode ser causada por problemas financeiros; $\alpha = 0,79$) e contingenciais (Ex item: A doença mental pode ser causada por um traumatismo craniano- queda que machuca a cabeça; $\alpha = 0,80$).É composta por 30 itens respondidos em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, variando de discordo totalmente (1) à concordo totalmente (5)(Maciel, Pereira, Lima & Souza, 2015).

c) Escala de Exclusão Social do doente mental: Construída e validado por Maciel, Lima, Souza, Pereira, Camino e Viera (no prelo), trata-se de uma escala, composta por 9 itens respondidos em uma escala *Likert* de 5 (cinco) pontos (variando de discordo totalmente a concordo totalmente), que visa avaliar a concordância com o tratamento dos doentes mentais

feito na comunidade ou nos hospitais psiquiátricos. A análise da fidedignidade da escala resultou no coeficiente *alfa* suficiente para o cálculo de um indicador de exclusão social ($\alpha = 0,73$), em que os escores mais elevados indicam maior suporte social ao tratamento dos doentes mentais por meio de internações em hospitais psiquiátricos.

Procedimento

A coleta de dados desse estudo ocorreu por meio da internet. De forma mais específica, o questionário foi elaborado na plataforma Google Docs e compartilhado por meio de redes sociais e e-mails. Na primeira tela do site, foram exibidos os princípios éticos, garantia do anonimato das respostas dos participantes, o direito de participação voluntária, bem como a possibilidade de desistência do estudo, a qualquer momento, sem acarretar qualquer prejuízo. Em caso de eventuais dúvidas quanto ao questionário, os participantes poderiam entrar em contato por meio dos e-mails dos pesquisadores.

Análise dos dados

Os dados foram tabulados e analisados pelo SPSS versão 21.0. Além de estatísticas descritivas (média, desvio padrão e frequência), foram calculadas correlações de Pearson.

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba (protocolo nº0543/15), foram resguardados todos os cuidados éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de atingir o objetivo proposto, foi realizada uma análise exploratória correlacional, sendo possível constatar a existência de relações entre as variáveis pesquisadas como está descrito na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1. Correlação entre crenças causais, exclusão e percepção de ameaça.

Crenças psicológicas	Crenças sócio econômicas	Crenças biológicas	Crenças religiosas	Crença uso de drogas	Crenças contingenciais
----------------------	--------------------------	--------------------	--------------------	----------------------	------------------------

Periculosidade	-0,00	0,02	0,06	0,31**	0,02	0,20**
Imprevisibilidade	0,12	0,08	0,14*	0,39**	0,22**	0,22**
Exclusão	0,11	0,12	0,08	0,00	0,16*	0,05

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

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

Maciel et al. (2015) aponta que as crenças da natureza de um dado grupo motiva o preconceito e discriminação diante desses. Entende-se então, frente os resultados obtidos após a análise dos dados, que determinadas crenças acerca da etiologia da doença mental podem estar associadas a percepção de ameaça ou exclusão, conforme observa-se na tabela 1.

Ao ser realizada a análise exploratória correlacional a percepção de ameaça demonstrou estar associada à crença religiosa nos dois fatores: periculosidade ($r = 31, p < 0,01$) e imprevisibilidade ($r = 39, p < 0,01$). De acordo com a literatura, a imagem do doente mental é frequentemente associada à comportamentos violentos e agressivos (BARROS, 1994) e, ao atribuir uma ação sobrenatural maligna como causa de um transtorno mental, há um aumento na percepção de ameaça visto que essa experiência espiritual foge ao controle do sujeito, deixando-o “livre” para agir de qualquer forma.

Esses mesmos dois fatores apresentaram também dados significativos quando relacionados às crenças contingenciais (periculosidade, $r = 20, p < 0,01$ e imprevisibilidade, $r = 22, p < 0,01$). Marsh e Shanks (2014) afirmam que as pessoas tendem a apresentar uma imagem mais negativa do portador de transtorno mental quando a etiologia desse transtorno está associada a fatores externos/acidentais, visto que a culpabilização do sujeito pela sua condição é mais evidente. Segundo Angermeyer et al. (2011) a doença mental evoca mais raiva e rejeição se for percebida como controlável. Nessa situação, o transtorno perpassa pelo controle individual. Observa-se que essa ideia existente na sociedade acerca de que doença mental é vista como algo obscuro, sem muitas explicações e que causa medo, é algo presente e que tem como consequência a exclusão social desse grupo.

As crenças biológicas e a percepção de imprevisibilidade apresentaram correlação positiva ($r = 14, p < 0,05$) e os estudos mostram que apesar das pessoas entenderem que os transtornos mentais podem ser causados por fatores biológicos como hereditariedade, desequilíbrio químico no cérebro ou doenças cerebrais, esse entendimento resulta em atitudes mais intolerantes. O sujeito não tem culpa pelo desenvolvimento da doença, mas é rejeitado e afastado por ser uma pessoa considerada imprevisível, podendo agir agressivamente e/ou apresentar comportamentos sexuais inaceitáveis. Essa percepção de ameaça à integridade física do grupo social dominante, os considerados normais, resulta no afastamento e rejeição de

contato interpessoal, principalmente conjugal. Atrelado a isto, a relação entre essas variáveis pode estar associada ao fato de uma etiologia biológica da doença mental estar ligada a ideia de incurabilidade. (MELO, 2016; MACIEL, 2007; ANGERMEYER et al., 2011). O estudo de revisão bibliográfica de Angermeyer et al. (2011) encontrou que as atribuições causais biológicas estão associadas a maior rejeição de pessoas com doença mental.

Schlier et al. (2014) afirma que as crenças à respeito da doença mental são relevantes visto que os indivíduos fazem uso destas para dar apoio as atitudes e comportamentos diante da pessoa portadora de transtorno mental. Como por exemplo, a exclusão, caso verificado neste estudo, no qual os resultados apontaram para uma relação significativa e positiva entre a crença no uso de drogas e exclusão ($r = 16, p < 0,05$) e entre a crença sobre o uso de drogas e a percepção de imprevisibilidade ($r = 22, p < 0,01$).

Em estudo, Melo e Maciel (2016) constataram que o usuário de drogas é visto como alguém sem caráter, que não merece confiança, desqualificado moralmente e culpado pela destruição de sua família. É compreendido como a somatória de um delinquente, porque é capaz furtar, ameaçar e agredir, com um doente mental, alguém que não controla suas ações, com o objetivo de conseguir sua droga seja qual for o custo. Por ser visto como alguém incapaz de lutar contra sua dependência, estratégias de tratamento como a internação é considerada como solução, situação essa que associa-se ao modelo biomédico o qual é pautado na exclusão social do sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dos resultados obtidos nessa pesquisa, foi possível verificar que o processo de exclusão dos doentes mentais apresentou correlação com a crença no uso de drogas; e a percepção de ameaça, no fator periculosidade, apresentou correlação com as crenças religiosas e crenças contingenciais, já no fator imprevisibilidade apresentou correlação com as crenças biológicas, religiosas, uso de drogas e contingenciais.

Mesmo havendo novos direcionamentos quanto o cuidado em saúde mental e um aumento do acesso as informações advindas da Reforma Psiquiátrica, o paradigma psicossocial convive com o modelo biomédico, o qual defende o processo de internação e exclusão social do doente mental. Desta forma, por mais que a sociedade lute e discuta a respeito da inclusão social dos grupos marginalizados, é a mesma que estigmatiza e exclui essas pessoas, visto que essas atitudes estão baseadas em crenças preconceituosas e irreais cultivadas por muitos anos e surgidas ao longo dos anos asilares.

É de extrema importância que a sociedade geral esteja preparada para acolher em seu cotidiano os portadores de transtorno mental, é pertinente que isso ocorra para que a Reforma Psiquiátrica se efetue no cenário nacional. Ressalta-se que o que importa não é unicamente a mudança de leis mais também alterações nas crenças e atitudes acerca do doente mental, as quais influenciam diretamente no processo de inclusão social e percepção de ameaça destes. Os resultados dessa pesquisa são relevantes pelo fato de apontarem as crenças que sustentam a exclusão e percepção de ameaça do doente mental, sinalizando a importância de intervenções nesse âmbito, por meio de disseminação de informações reais na sociedade acerca dos portadores de transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. T. M.; MEDEIROS, E. F.; PATRIOTA, L. M. A Reforma Psiquiátrica na prática e a prática da Reforma Psiquiátrica: um estudo a partir das percepções dos profissionais do CAPSi (Centro Campinense de Intervenção Precoce) de Campina Grande–PB. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, 2.4-5: 44-57, 2010.

ANGERMEYER, M. C.; HOLZINGER, A.; CARTA, M. G.; SCHOMERUS, G. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. **The British Journal of Psychiatry**, 199.5: 367-372, 2011.

ANGERMEYER, M. C.; MATSCHINGER, H. The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. **Schizophrenia Bulletin**, 30.4: 1049, 2004.

BARROS, D. D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**, p. 171-94, 1994.

BARROS, S.; GARCIA CLARO, H. Processo ensino aprendizagem em saúde mental: o olhar do aluno sobre reabilitação psicossocial e cidadania. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 45.3, 2011.

BORGES, F.; LUZIO, C. A. Pesquisa qualitativa em saúde mental: alguns apontamentos. **Perfil**, 14-23, 2010.

CORRIGAN, P.; MARKOWITZ, F. E.; WATSON, A.; ROWAN, D.; KUBIAK, M. A.; An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. **Journal of health and Social Behavior**, 162-179, 2003.

SCOREL, S. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. In: **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social**, 1999.

GIL, I. M. de A. **Crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem acerca das doenças e doentes mentais: impacto do ensino clínico de Enfermagem de saúde mental e psiquiatria**. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra, 2010.

- GUREJE, O.; OLLEY, B. O.; OLUWANUGA, O. E.; KOLA, L. Do beliefs about causation influence attitudes to mental illness? **World Psychiatry**, 5(2), 104-107, 2006.
- KRÜGER, H. Ideologias, sistemas de crenças e atitudes. In: **Psicologia Social: temas e teorias**, p. 263-308, 2013.
- LIMA, M. E. O. Preconceito. In: **Psicologia Social: temas e teorias**, 451-500, 2011.
- MACIEL, S. C.; PEREIRA, C. R.; LIMA, T. J. S.; SOUZA, L. E. C. Desenvolvimento e validação da escala de crenças sobre a doença mental. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 28.3: 463-473, 2015.
- MACIEL, S. C. **Exclusão/Inclusão Social do Doente Mental/Louco: Representações e Práticas no Contexto da Reforma Psiquiátrica**. (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2007.
- MARSH, J. K.; SHANKS, L. L. Thinking you can catch mental illness: How beliefs about membership attainment and category structure influence interactions with mental health category members. **Memory & cognition**, 42.7: 1011-1025, 2014.
- MELO, J. R. F. **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, 2016.
- MELO, J. R. F.; MACIEL, Silvana Carneiro. Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos. **Psicologia Ciência e Profissão**, 36.1: 76-87, 2016.
- MFOAFO-M'CARTHY, M.; HULS, S. Human rights violations and mental illness: Implications for engagement and adherence. **SAGE Open**, 4.1: 2158244014526209, 2014.
- PAES, M. R., BORBA, L. D. O., BRUSAMARELLO, T., GUIMARÃES, A. N., & MAFTUM, M. A. Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, 17.4: 479-484, 2009.
- PEREIRA, C. R.; TORRES, A. R.; FALCÃO, L.; PEREIRA, A. S. 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, 2013.
- PEREIRA, C.; TORRES, A. R. R.; ALMEIDA, S. T. Um Estudo do Preconceito na Perspectiva das Representações Sociais: Análise da Influência de um Discurso Justificador da Discriminação no Preconceito Racial. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 16(1), 95-107, 2003.
- PESCOSOLIDO, B. A.; MARTIN, J. K.; LONG, J. S.; MEDINA, T. R.; PHELAN, J. C.; LINK, B. G. "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. **American Journal of Psychiatry**, 167.11: 1321-1330, 2010.
- SCHLIER, B.; SCHMICK, S.; LINCOLN, T. M. No matter of etiology: Biogenetic, psychosocial and vulnerability-stress causal explanations fail to improve attitudes towards schizophrenia. **Psychiatry Research**, 215, 753-759, 2014.

SOUSA, P. F. **Adesão à Reforma Psiquiátrica e preconceito frente a doente mental: Um estudo com universitários à luz da Teoria das Representações Sociais.** (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2014.

TECHIO, E. M. Estereótipos sociais como preditores das relações intergrupais. **Cultura e produção das diferenças: Estereótipos e preconceito no Brasil, Espanha e Portugal**, 21-75, 2011.

VERAS, M. P. Exclusão social: um problema de 500 anos. As artimanhas da exclusão sócia: análise psicossocial e ética da desigualdade social. **Petrópolis: Vozes**, 27-50, 2001.