

# O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia

## Psychiatrists' stigma towards individuals with schizophrenia

ALEXANDRE ANDRADE LOCH<sup>1</sup>, MICHAEL PASCAL HENGARTNER<sup>2</sup>, FRANCISCO BEVILACQUA GUARNIERO<sup>1</sup>, FABIO LOREA LAWSON<sup>1</sup>, YUAN-PANG WANG<sup>1</sup>, WAGNER FARID GATTAZI<sup>1</sup>, WULF RÖSSLER<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Departamento e Instituto de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

<sup>2</sup> Psychiatric University Hospital Zurich, Departamento de Psiquiatria Geral e Social, Zurich, Switzerland.

<sup>3</sup> Collegium Helveticum, a joint Research Institute between the University of Zurich and the Swiss Federal Institute of Technology, Zurich, Switzerland.

Recebido: 11/8/2011 – Aceito: 15/8/2011

### Resumo

**Contexto:** A literatura acerca da maneira como a população geral estigmatiza indivíduos com distúrbios mentais aumentou consideravelmente nas últimas décadas. Mas a dúvida sobre se os psiquiatras também estigmatizam seus pacientes ainda permanece. **Objetivo:** O presente estudo visou avaliar as atitudes de psiquiatras brasileiros em relação aos indivíduos com esquizofrenia. **Métodos:** Dos cerca de 6.000 participantes do Congresso Brasileiro de Psiquiatria em 2009, 1.414 psiquiatras concordaram em participar do estudo. Entrevistas face a face foram realizadas utilizando um questionário que avaliava o estigma em três dimensões: estereótipos, distância social e preconceito, todas relacionadas a alguém com esquizofrenia. Opinião sobre medicações psicotrópicas e tolerância aos efeitos colaterais também foram avaliadas. Dados sociodemográficos e profissionais foram coletados. **Resultados:** Psiquiatras brasileiros tenderam a estereotipar negativamente pessoas com esquizofrenia. Estereótipos negativos correlacionaram-se com uma melhor opinião sobre medicações psicotrópicas e com maior tolerância a efeitos colaterais. Idade maior correlacionou-se com estereótipos positivos e com menor preconceito. **Conclusão:** Os psiquiatras estigmatizam indivíduos com esquizofrenia e possivelmente têm certa dificuldade em admitir esse fato. Campanhas antiestigma para profissionais de saúde mental devem ser promovidas.

Loch AA, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2011;38(5):173-7

**Palavras-chave:** Estigma, estereótipos, preconceito, distância social, esquizofrenia, profissionais de saúde mental.

### Abstract

**Background:** Literature on how the general population stigmatizes individuals with mental disorders has increased considerably over the last decades. But the question remains if psychiatrists also stigmatize their patients. **Objective:** The present study aimed to assess Brazilian psychiatrists' attitude towards individuals with schizophrenia. **Methods:** Out of the approximately 6,000 participants of the 2009 National Psychiatry Congress in Brazil, 1,414 psychiatrists agreed to undergo the survey. Face-to-face interviews were conducted using a questionnaire that assessed stigma in three dimensions: stereotypes, social distance and prejudice towards a person with schizophrenia. Their opinion on psychotropic drugs and tolerance of side-effects were also assessed. Socio-demographic and professional data were collected. **Results:** Brazilian psychiatrists tend to negatively stereotype individuals with schizophrenia. More negative stereotypes correlated with a positive opinion on psychotropic drugs and with a higher tolerance of side-effects. Higher age was correlated with positive stereotyping and with less prejudice. **Discussion:** Psychiatrists stigmatize individuals with schizophrenia and possibly find it difficult to admit this fact. Anti-stigma campaigns among mental health professionals should be promoted.

Loch AA, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2011;38(5):173-7

**Keywords:** Stigma, stereotypes, prejudice, social distance, schizophrenia, mental health professionals.

### Introdução

Nas últimas décadas, a literatura sobre o estigma relacionado a indivíduos com distúrbios mentais aumentou significativamente<sup>1-3</sup>. A maioria dos estudos focou as atitudes da população geral. Uma importante conclusão obtida por meio dessas numerosas publicações e de campanhas antiestigma<sup>4-10</sup> é a de que formadores de opinião, como os profissionais de saúde mental, devem ser envolvidos, já que eles têm uma boa reputação na população geral; conseqüentemente suas crenças são altamente confiáveis. Imagina-se que suas opiniões amplamente divulgadas podem ter um efeito multiplicador na população geral e também entre outros profissionais<sup>11</sup>. Pode-se pensar intuitivamente que os profissionais de saúde mental são as pessoas mais bem preparadas para lidar com indivíduos com distúrbios mentais e por isso apresentam as atitudes menos estigmatizadoras. Entretanto, até o momento a pesquisa não conseguiu confirmar totalmente essa hipótese<sup>12</sup>.

Lauber *et al.*<sup>11</sup> observaram que a estereotipagem de indivíduos com distúrbios psiquiátricos era comum entre os psiquiatras na

prática privada e que as atitudes estigmatizantes destes não diferia daquelas da população geral. Em outro estudo de profissionais de saúde mental que trabalhavam em hospitais, esses autores demonstraram que, quando comparados com a população geral, os profissionais demonstraram maior distância social de indivíduos com esquizofrenia<sup>13</sup>. Magliano *et al.*<sup>14</sup> observaram que as sanções feitas pelos profissionais aos direitos civis de pessoas com esquizofrenia eram iguais ou maiores em comparação àquelas feitas pela população geral. Na Austrália, profissionais de saúde mental acreditavam mais em um curso deteriorante da doença esquizofrênica e tinham atitudes mais negativas para com as pessoas com esquizofrenia do que o público em geral<sup>15</sup>. Da perspectiva do usuário, segundo Schulze e Angermeyer<sup>16</sup>, familiares e pacientes relataram o contato com profissionais de saúde mental como sendo uma das experiências mais estigmatizantes. Os pacientes sentiram-se estigmatizados pela falta de interesse geral dos profissionais e pelo foco predominante destes no tratamento farmacológico. Por fim, outros estudos mostram que as atitudes para com indivíduos com distúrbios psiquiátricos são pelo menos iguais entre profissionais e o público geral<sup>17,18</sup>. Mas também

Instituição onde o trabalho foi realizado: Departamento e Instituto de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Endereço para correspondência: Alexandre Andrade Loch, Laboratório de Neurociências (LIM-27), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785 – 05403-010 – São Paulo, SP. Telefax: (+ 55 11) 3069-8010. E-mail: alexandre.loch@usp.br

foi relatado que os profissionais de saúde mental têm atitudes mais positivas em dimensões específicas<sup>12</sup>.

Na América Latina em geral e particularmente no Brasil, dados sobre atitudes estigmatizadoras de profissionais da saúde mental são escassos<sup>19</sup>. O Brasil, um país com a quinta maior população mundial, passou por uma reforma na saúde durante os últimos 40 anos<sup>20</sup>. Também o setor de saúde mental passou por reformas radicais resultando em uma redução dramática de leitos psiquiátricos nas últimas décadas<sup>21,22</sup>. Sabe-se que países que passaram por uma mudança tão grande na saúde mental apresentaram uma maior rejeição a pacientes psiquiátricos na comunidade<sup>23,24</sup>. Apesar da importância de se avaliar as atitudes estigmatizadoras em países onde essa mudança ainda está acontecendo, ainda sabemos muito pouco sobre esses processos que dificultam as reformas de saúde necessárias<sup>25-27</sup>.

O presente estudo visou avaliar se (i) psiquiatras no maior país da América Latina, o Brasil, apresentam atitudes estigmatizantes em relação a indivíduos com esquizofrenia e, se sim, (ii) quais são os fatores relacionados a essas atitudes.

## Métodos

### Amostragem e procedimentos

O estudo foi conduzido durante o XVII 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<sup>28</sup>. Participantes incluem principalmente psiquiatras e psicólogos, mas também assistentes sociais, enfermeiros, residentes, clínicos gerais, e outros profissionais de saúde mental de todo o país.

Cinquenta entrevistadores foram selecionados e treinados pelos investigadores do estudo. Para aumentar a confiabilidade interentrevistador, 50 entrevistas pareadas também foram conduzidas antes da coleta de dados. Durante os quatro dias de congresso, os entrevistadores foram posicionados ao longo do congresso e convidaram os frequentadores para participar do estudo. Quando o indivíduo concordava em participar, uma entrevista de 15 minutos, face a face, era conduzida. Nenhuma identificação pessoal era necessária; quando o questionário era finalizado, o entrevistador fazia uma marca no crachá do participante para evitar dupla inclusão de dados.

Cerca de 6 mil pessoas estiveram no evento, sendo que 2.549 foram convidadas a participar da pesquisa; 954 (37,5%) se recusaram ao contato; 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, dos quais 1.416 eram psiquiatras, 68, clínicos gerais, 44, psicólogos, 25, neurologistas, e 42, outros profissionais. Para efeitos do presente estudo, apenas os dados dos psiquiatras foram analisados; 2 psiquiatras participantes eram estrangeiros e foram excluídos. Assim a amostra final constou de 1.414 psiquiatras brasileiros.

### Instrumentos e medidas

Aplicamos o mesmo questionário utilizado em pesquisas de atitude na Suíça<sup>13,29-31</sup> e no Brasil<sup>26</sup>. Após adaptação da entrevista telefônica assistida por computador para uma entrevista face a face, ele foi testado em 20 estudantes de medicina para garantir um gasto de tempo adequado e uma boa compreensão da versão.

Além de dados sociodemográficos, o instrumento constituía-se de sete partes diferentes. Três partes avaliavam o estigma, todas referentes a um indivíduo com uma doença esquizofrênica estabilizada: estereótipos (12 características para serem comparadas com alguém da população geral); preconceito (opinião do entrevistado sobre nove afirmações relacionadas a atitudes da população em geral para com o indivíduo referido) e distância social<sup>32,33</sup>. Duas partes abordaram questões sobre medicação; opiniões sobre drogas psicotrópicas e tolerância aos seus efeitos colaterais<sup>34</sup>. Uma parte avaliava contato com a doença mental: presença de um membro da família com transtorno

psiquiátrico e frequência de contato com esse parente, e busca individual de ajuda profissional e se o entrevistado já recebeu prescrição de drogas psicotrópicas. Na última parte, dados profissionais foram avaliados (local de trabalho, o tempo desde o final de residência em psiquiatria, mais recente formação acadêmica).

Para se avaliar o estigma, foram utilizadas as seguintes escalas:

Para avaliar estereótipos, os participantes foram convidados a responder em uma escala Likert de 3 pontos na qual estereótipos eram comparados entre o indivíduo com esquizofrenia e alguém da população em geral (1 significava “menos presente”, 2 “igualmente presente”, e 3 “mais presente”). As pontuações dos 5 itens positivos foram somadas para formar a escala de estereótipos positivos; as pontuações dos 7 itens negativos foram adicionadas para constituir a escala de estereótipos negativos. A soma total dos estereótipos positivos e dos negativos variava de 5 a 15 e 7 a 21, respectivamente.

A distância social foi avaliada com uma adaptação da Escala de Distância Social<sup>32</sup>. A Escala de Distância Social mede a relutância do entrevistado em participar de certas atividades sociais com um indivíduo específico. Para o presente estudo, a escala de resposta foi ligeiramente modificada e variou de 1 a 3 (1 representava “certamente sim”, 2 “talvez” e 3 “definitivamente não”). O item “você alugaria um quarto para uma pessoa com esquizofrenia” foi substituído pelo “Você convidaria uma pessoa com esquizofrenia para uma festa, uma reunião ou um jantar?”, já que no Brasil é bastante incomum alugar um quarto para outra pessoa. A pontuação total foi calculada somando os valores dos itens individuais; a soma geral variou de 7 a 21.

Preconceito foi avaliado com 9 itens com base nas escalas de aceitação social e de estigmatização social<sup>35</sup>. Ambas as escalas mediam as atitudes sociais em relação às pessoas com esquizofrenia. As respostas foram avaliadas em uma escala Likert de 3 pontos que representam: 1 “discordo totalmente”, 2 “concordo em partes” e 3 “concordo totalmente”. A pergunta “Você concorda que a maioria das pessoas subestima uma pessoa com esquizofrenia?” foi excluída da análise para aumentar a consistência interna da escala. Calculamos o total de pontos somando a pontuação de todos os itens. A soma geral variou de 10 a 24.

Para avaliar as questões relacionadas a medicamentos, duas escalas foram usadas. Opinião sobre drogas psicotrópicas foi avaliada por sete declarações sobre as quais os entrevistados opinavam usando uma escala Likert de 3 pontos que representavam: 1 “discordo totalmente”, 2 “concordo em partes” e 3 “concordo totalmente”. Calculamos o total de pontos somando a pontuação de todos os itens. A soma variou de 7 a 17. A escala de aceitação de efeitos colaterais consistia de 10 efeitos colaterais, cujas respostas possíveis eram: 1 “não deve tolerar”, 2 “deve tolerar por 2 a 3 semanas”, e 3 “deve tolerar por mais de três semanas”. A pontuação total foi calculada somando-se todos os itens. A soma variou de 10 a 30.

Posteriormente, todas as quatro escalas de estigma foram classificadas em 10 decis iguais. Uma variável dicotômica para cada escala foi calculada agrupando-se os 9 primeiros decis para compará-los com o decil 10. Assim, os 10% dos participantes com as maiores pontuações nas escalas de estigma foram comparados com os outros participantes. As variáveis de estigma binárias foram então utilizadas para a tabulação cruzada e para os 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 *vs.* 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 mentalmente doente (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 vs. não), trabalhando em consultório (sim x não), e trabalhando para convênio de saúde (sim x não).

### Análises estatísticas

Coeficientes de Pearson foram calculados para a matriz de correlação das quatro escalas contínuas de estigma e para as duas escalas contínuas de medicamentos. Associações bivariadas entre os indicadores e as escalas dicotômicas de estigma foram analisadas com tabulações cruzadas e Chi-quadrado de Pearson para testar a significância. Todos os indicadores que foram significativamente associados a uma 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 vs. decil 10). Usamos o método *backward* (Wald), que é apropriado para análises exploratórias com vários preditores com potenciais intercorrelações. A porcentagem de variância total explicada foi fornecida com estimativas R quadrados de Nagelkerke.

Todas as análises estatísticas foram realizadas com SPSS versão 18 para Macintosh.

### Resultados

Estatísticas descritivas das 4 escalas de estigma e das 2 escalas de medicação estão relatadas na figura 1. Indivíduos com esquizofrenia foram menos associados a estereótipos positivos (média = 1,64) e mais associados a estereótipos negativos (média = 2,26) quando comparados a alguém da população em geral, considerando que, nas dimensões de estereótipos, a pontuação 2 significava que o estereótipo foi igualmente associado com a esquizofrenia e com a população em geral (ver seção Instrumentos e medidas). A pontuação média em distância social foi mais perto do valor mínimo (média = 1,48), enquanto a pontuação média em preconceito foi mais perto do valor máximo da escala (média = 2,60). Participantes em geral tiveram uma boa opinião sobre drogas psicotrópicas (média = 1,34); o valor médio na escala de tolerância a efeitos colaterais foi de 1,9.

Todas as dimensões de estigma estiveram significativamente correlacionadas, mas as associações foram fracas (Tabela 1). Estereótipo foi a única dimensão de estigma relacionada a questões de medicação; estereótipos negativos estiveram relacionados a uma opinião mais

positiva sobre medicações psicotrópicas e a uma maior aceitação dos seus efeitos colaterais; a dimensão de estereótipo positivo também foi relacionada com ambos, mas na direção oposta.

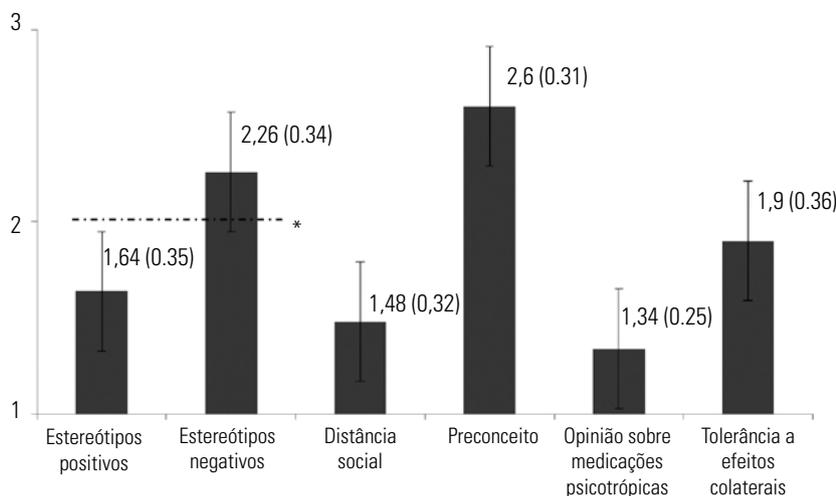
As associações bivariadas entre as variáveis preditoras e as escalas de estigma foram as seguintes (Tabela 2):

Estereótipos positivos estiveram significativamente associados à idade (Chi-quadrado de Pearson = 10,960,  $df = 3$ ,  $p = 0,012$ ). Os estereótipos negativos não estiveram associados com nenhum dos treze preditores avaliados; um modelo de regressão logística multivariada foi, portanto, excluído. A escala de distância social dicotomizada esteve significativamente associada com idade (Chi-quadrado de Pearson = 8,819,  $df = 3$ ,  $p = 0,032$ ), sexo (Chi-quadrado de Pearson = 4,622,  $df = 1$ ,  $p = 0,032$ ), e com trabalhar em um hospital universitário (Chi-quadrado de Pearson = 6,873,  $df = 1$ ,  $p = 0,009$ ). A escala binária de preconceito esteve associada com a idade (Chi-quadrado de Pearson = 23,934,  $df = 3$ ,  $p = 0,000$ ), sexo (Chi-quadrado de Pearson = 5,367,  $df = 1$ ,  $p = 0,021$ ), e com as categorias de experiência pessoal com um membro da família com transtorno mental (Chi-quadrado de Pearson = 18,958,  $df = 3$ ,  $p = 0,000$ ).

O modelo de regressão logística para os estereótipos positivos foi concluído após uma única etapa, e o preditor sexo representou 1,8% da variância total. Os resultados indicam que os 10% dos participantes com as maiores pontuações na escala de estereótipos positivos eram mais velhos do que os outros participantes (para idade 41-50: OR = 2,06, 95% CI = 1,11-3,81,  $p = 0,021$  e para a idade > 50: OR = 1,91, 95% CI = 1,05-3,44,  $p = 0,033$ ).

O modelo de regressão logística para a soma da escala de distância social foi concluído após duas etapas. Os dois preditores que permaneceram no modelo (sexo e trabalhar em um hospital universitário) explicaram 1,8% da variância total. Psiquiatras do sexo feminino (OR = 0,67, 95% CI = 0,46-0,99-,  $p = 0,043$ ) e aqueles que trabalham em um hospital psiquiátrico universitário (OR = 0,58, 95% CI = 0,38-0,89-,  $p = 0,012$ ) relataram menor distância social do que psiquiatras homens e psiquiatras que não trabalham em um hospital psiquiátrico universitário.

O modelo de regressão logística para a escala dicotomizada de preconceito foi concluído após duas etapas, e os preditores restantes foram idade e sexo, sendo responsáveis por 3,8% da variância total. O grupo etário mais velho (com idade entre 50 e mais velhos) relatou o menor preconceito (OR = 0,47, 95% CI = 0,28-0,77,  $p = 0,003$ ), enquanto o preditor sexo não atingiu significância.



**Figura 1.** Valores médios e desvios-padrão das escalas de estigma e de medicação.

\* Exclusivamente nas duas escalas de estereótipos, o valor 2 representa uma posição neutra em que os estereótipos são relacionados igualmente ao indivíduo com esquizofrenia e ao indivíduo da população geral. Acima desse valor os estereótipos estão mais associados à esquizofrenia e, abaixo deste valor, os estereótipos estão menos associados. As outras 4 escalas são unidimensionais.

**Tabela 1.** Correlação das quatro escalas contínuas de estigma e das duas escalas de medicação

	Estereótipos positivos	Estereótipos negativos	Distância social	Preconceito	Tolerância a efeitos colaterais	Opinião negativa sobre psicotrópicos
Estereótipos positivos	-	<b>r = - 0,18</b> <b>p &lt; 0,001</b>	<b>r = - 0,21</b> <b>p &lt; 0,001</b>	<b>r = - 0,13</b> <b>p &lt; 0,001</b>	<b>r = - 0,11</b> <b>p &lt; 0,001</b>	<b>r = 0,07</b> <b>p = 0,01</b>
Estereótipos negativos		-	<b>r = 0,15</b> <b>p &lt; 0,001</b>	<b>r = 0,09</b> <b>p &lt; 0,01</b>	<b>r = 0,09</b> <b>p &lt; 0,01</b>	<b>r = - 0,06</b> <b>p = 0,03</b>
Distância social			-	<b>r = 0,07</b> <b>p = 0,01</b>	r = 0,01 p = 0,60	r = 0,01 p = 0,70
Preconceito				-	r = 0,00 p = 0,60	r = - 0,04 p = 0,14
Tolerância a efeitos colaterais					-	<b>r = - 0,12</b> <b>p &lt; 0,001</b>
Opinião negativa sobre psicotrópicos						-

**Tabela 2.** Modelos finais de regressões logísticas *stepwise backwards* para as escalas dicotomizadas de estereótipos, distância social e preconceito (decils 1-9 x 10<sup>o</sup> decil)

Variável	Estereótipos positivos OR (95% CI)	Distância social OR (95% CI)	Preconceito OR (95% CI)
Sexo masculino	*	1,0	1,0
Sexo feminino		<b>0,67 (0,46-0,99)</b>	1,33 (0,98-1,81)
Idade < 30	1,0	*	1,0
Idade 31-40	1,04 (0,54-2,00)		1,27 (0,83-1,94)
Idade 41-50	<b>2,06 (1,11-3,81)</b>		1,18 (0,75-1,84)
Idade > 50	<b>1,91 (1,05-3,44)</b>		<b>0,47 (0,28-0,77)</b>
Não trabalha em HPU	*	1,0	*
Trabalha em HPU		<b>0,58 (0,38-0,89)</b>	

HPU: Hospital psiquiátrico universitário; \* Variável não presente no modelo final. **Negrito:** p < 0,05.

## Discussão

Este é o primeiro estudo realizado na América Latina analisando o estigma em relação às pessoas com esquizofrenia em uma grande amostra de psiquiatras. A amostra foi recrutada em 2009 durante o segundo maior congresso psiquiátrico nacional do mundo<sup>28</sup>, no Brasil, o que nos propiciou uma oportunidade única de investigar uma população geralmente de difícil acesso.

Descobrimos que os psiquiatras estereotipam negativamente os indivíduos com esquizofrenia. Com relação às outras escalas de estigma, em média eles mostraram uma pontuação mais baixa na distância social, quando comparada com a escala de preconceito, indicando uma maior presença deste último. Contrariamente às nossas expectativas, as dimensões do estigma estiveram apenas fracamente correlacionadas, ainda que de forma significativa. Os estereótipos negativos estiveram correlacionados com opiniões positivas sobre drogas psicotrópicas e com uma maior taxa de aceitação de efeitos colaterais a longo prazo. Observando a relação entre os vários preditores e o estigma, os indivíduos mais velhos estereotiparam de maneira mais positiva e demonstraram menos preconceito; psiquiatras trabalhando em um hospital psiquiátrico universitário demonstraram menor distância social, enquanto os psiquiatras do sexo masculino apresentaram uma maior distância social.

Com relação à questão de saber se os psiquiatras estigmatizam ou não seus pacientes, a primeira coisa a ser levada em conta é que possivelmente eles apresentam crenças estigmatizantes mas dão respostas socialmente desejáveis<sup>11,12</sup>. Alguns autores denominam tal fato como o fenômeno “não no meu quintal” (NNMQ), significando que a pessoa parece ser mente aberta e tolerante desde que sua privacidade ou interesses não estejam envolvidos; mas se estes são envolvidos, a pessoa se torna tão estigmatizante e preconceituosa como qualquer uma<sup>36</sup>. Psiquiatras brasileiros estigmatizam os indivíduos com esquizofrenia atribuindo-lhes estereótipos negativos, entretanto outras manifestações de estigma pareceram influenciadas por esse fenômeno.

Estereótipos, preconceitos e distância social são dimensões diferentes do mesmo fenômeno, o estigma<sup>37</sup>. Acreditamos, portanto, que a correlação entre estereótipos negativos e as outras dimensões do estigma pode ter sido enfraquecida por um “efeito-congresso”,

fazendo com que as pessoas fornecessem respostas socialmente aceitáveis. Além disso, essa resistência em revelar crenças pessoais estigmatizantes também poderia ser responsável por uma menor distância social e um maior preconceito, já que a primeira escala avaliou a opinião pessoal dos entrevistados, enquanto a outra avaliava a opinião sobre a atitude de terceiros.

Psiquiatras brasileiros em geral tiveram opiniões positivas sobre drogas psicotrópicas. Mas quanto melhor a opinião, maior a estereotipagem negativa do indivíduo com esquizofrenia e também maior a aceitação de efeitos colaterais. Isso possivelmente representa a crença de que os pacientes indesejáveis devem ser mais medicados e que devem tolerar mais efeitos colaterais a longo prazo. Opiniões sobre psicotrópicos sendo fonte de estigma também foram sugeridas por Rettenbacher *et al.*<sup>38</sup>, que descreveu que quase todos os psiquiatras em sua amostra perceberam a farmacoterapia como útil para seus pacientes, mas apenas 71,4% deles estariam dispostos a tomar antipsicóticos se eles estivessem sofrendo de esquizofrenia, outro sinal dos fenômenos NMQ.

É de interesse que, em nossa amostra, os psiquiatras mais jovens apresentaram maior preconceito e menor estereotipagem positiva. Três fatores podem contribuir em explicar esse achado.

O primeiro tem a ver com formação médica. Ao longo do tempo modelos explicativos da psiquiatria para os transtornos mentais mudaram do biopsicossocial para modelos mais biológicos<sup>39,40</sup>. Com isso, o risco de um reducionismo biológico aumenta<sup>41</sup>, uma crença comumente associada a sentimentos desumanizantes relacionados a indivíduos com transtornos mentais<sup>38,42,43</sup>. Assim, psiquiatras recém-formados poderiam erradamente usar uma compreensão estritamente biológica da doença mental para servir como um recurso intelectual para o estigma<sup>44-47</sup>. Da mesma forma, em hospitais psiquiátricos universitários haveria uma melhor compreensão dos avanços científicos sobre a biologia do cérebro e conseqüentemente aqueles que trabalham lá 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 Penn<sup>48</sup>, 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 tende a diminuir ao longo do tempo.

Finalmente, as razões pelas quais os psiquiatras mais jovens estigmatizam seus pacientes em grande medida poderia ser resultado da atual transferência de indivíduos com transtornos psiquiátricos de hospitais psiquiátricos para os cuidados baseados na comunidade, ocorrendo atualmente no Brasil. Como esse processo não está sendo conduzido com muito cuidado, está levando a uma sobrecarga de pacientes nos serviços ambulatoriais e a longas listas de espera para a internação em hospitais psiquiátricos<sup>49</sup>. Muitos desses doentes em regime ambulatorial são insuficientemente tratados e ficam desestabilizados; acabam, assim, também contribuindo para uma impressão negativa que os psiquiatras iniciando suas carreiras nesse tipo de ambiente têm sobre os pacientes psiquiátricos.

Uma limitação do nosso estudo é o método pelo qual a informação foi coletada. Os dados foram colhidos por entrevistas

face a face durante o anual congresso nacional de psiquiatria, o que poderia gerar um viés de seleção uma vez que a amostra de psiquiatras selecionados representaria apenas aqueles interessados em atualizar seus conhecimentos. Além disso, esse método também poderia estimular respostas socialmente desejáveis, distorcendo a avaliação do estigma nesta população de difícil acesso. 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 devem estar na melhor posição para educar a população sobre o estigma e a discriminação dos doentes mentais. Sentimos, portanto, que, antes de campanhas antiestigma 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.

## Referências

- Sharar J, McCrone P, Clement S, Thornicroft G. The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2010;19(3):223-32.
- 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.
- Henderson C, Thornicroft G. Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. *Lancet.* 2009;373(9679):1928-30.
- Corrigan PW, Gelb B. Mass approaches to challenge the stigma of mental illness. *Psychiatr Serv.* 2006;57:393-8.
- Crisp A, Cowan L, Hart D. The College's Anti-Stigma Campaign, 1998-2003. *Psychiatric Bulletin.* 2004;28:133-6.
- Estroff S, Penn DL, Toporek JR. From stigma to discrimination: an analysis of community efforts to reduce the negative consequences of having a psychiatric disorder and label. *Schizophr Bull.* 2004;30(3):493-509.
- Gaebel W, Baumann A. Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: experiences from the Open the Doors Program in Germany. *Can J Psychiatry.* 2003;48:657-62.
- 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.
- Sartorius N. Lessons from a 10-year global programme against stigma and discrimination because of an illness. *Psychol Health Med.* 2006;11(3):383-8.
- Stuart H. Fighting stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry.* 2008;7:185-8.
- Lauber C, Anthony M, Ajdacic-Gross V, Rössler W. What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *Eur Psychiatry.* 2004;19:423-7.
- Schulze B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry.* 2007;19(2):137-55.
- Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull.* 2006;32(4):709-14.
- 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.
- 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 Psychiatry.* 1999;33(1):77-83.
- Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med.* 2003;56:299-312.
- Van Dorn RA, Swanson JW, Elbogen EB, Swartz MS. A comparison of stigmatising attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups: perceived likelihood of violence and desire for social distance. *Psychiatry.* 2005;68:152-63.
- Lepping P, Steinert T, Gebhardt RP, Rottgers HR. Attitudes of mental health professionals and lay-people towards involuntary admission and treatment in England and Germany – A questionnaire analysis. *Eur Psychiatry.* 2004;19:91-5.
- 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.
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet.* 2011;377(9779):1778-97.
- Zappitelli MC, Gonçalves EC, Mosca I. Panorama da Saúde Mental no Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar (São Paulo, Brasil): Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2005.
- Ministério da Saúde: Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas (Brasília, Brasil): Ministério da Saúde; 2005.
- Scherl DJ, Macht LB. Deinstitutionalization in the absence of consensus. *Hosp Community Psychiatry.* 1979;30(9):599-604.
- Kadri N, Sartorius N. The global fight against the stigma of schizophrenia. *PLoS Med.* 2005;2(7):e136.
- Peluso ETP, Blay SL. Public beliefs about the treatment of schizophrenia and depression in Brazil. *Int J Soc Psychiatry.* 2009;55:16-27.
- Peluso ET, Blay SL. Public stigma and schizophrenia in São Paulo city. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011;33(2):130-6.
- Des Courtis N, Lauber C, Costa CT, Cattapan-Ludewig T. Beliefs about the mentally ill: a comparative study between healthcare professionals in Brazil and in Switzerland. *Int Rev Psychiatry.* 2008;20(6):503-9.
- World Psychiatric Association. The 27th Brazilian Congress of Psychiatry. Disponível em: [http://www.wpanet.org/detail.php?section\\_id=7&content\\_id=822](http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=7&content_id=822).
- Lauber C, Nordt C, Sartorius N, Falcató L, Rössler W. Public acceptance of restrictions on mentally ill people. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2000;407:26-32.
- Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W. Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2006;429:51-9.
- Lauber C, Nordt C, Rössler 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.
- Bogardus ES. Measurement of personal-group relations. *Sociometry.* 1947;10(4):306-11.
- Link BG, Cullen FT, Frank J, Wozniak JF. The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *Am J Sociol.* 1987;92:1461-500.
- Angermeyer MC, Däumer M, Matschinger H. Benefits and risks of psychotropic medication in the eyes of the general public: results of a survey in the Federal Republic of Germany. *Pharmacopsychiatry.* 1993;26(4):114-20.
- Angermeyer MC, Matschinger H. Labeling-stereotype-discrimination. An investigation of the stigma process. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40(5):391-5.
- Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *Br J Psychiatry.* 1996;168:191-8.
- 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, USA): The Guilford Press; 1996.
- Rettenbacher MA, Burns T, Kemmler G, Fleischhacker W. Schizophrenia: attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry.* 2004;37:103-9.
- Pilgrim D. The biopsychosocial model in Anglo-America psychiatry: past, present and future? *J Mental Health.* 2002;11(6):585-94.
- Read J. The bio-bio-bio model of madness. *Psychologist.* 2005;18:596-7.
- Ghaemi N, McHugh PR. The concepts of psychiatry: a pluralistic approach to the mind and mental illness (Baltimore, USA): The Johns Hopkins University Press; 2007.
- Read J, Masson J. Genetics eugenics and mass murder. In: Read J, Mosher L, Bentall R, editors. *Models of madness: psychological, social and biological approaches to schizophrenia* (Hove, United Kingdom): Brunner-Routledge; 2004. p. 35-42.
- Angermeyer MC, Matschinger H. Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2005;186:331-4.
- Read J, Harré N. The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatization of 'mentally ill patients'. *J Mental Health.* 2001;10(2):223-35.
- 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;114:303-18.
- Phelan J. Genetic bases of mental illness: a cure for stigma? *Trends Neurosci.* 2002;25:430-1.
- 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.
- Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol.* 1999;54(9):765-76.
- 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.