



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

Vanessa Pereira Leal

**Estigma contra a esquizofrenia entre médicos: papel da estereotipagem negativa e
periculosidade percebida**

MESTRADO

Florianópolis

2021

Vanessa Pereira Leal

Estigma contra a esquizofrenia entre médicos: papel da estereotipagem negativa e periculosidade percebida

Dissertação submetida ao Programa de Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em 2021

Orientador: Prof. Marcelo Liborio Schwarzbold, Dr.

Coorientador: Prof. Alexandre Paim Diaz, Dr.

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Leal, Vanessa Pereira

Estigma contra a esquizofrenia entre médicos: papel da estereotipagem negativa e periculosidade percebida / Vanessa Pereira Leal ; orientador, Marcelo Liborio Schwarzbold, coorientador, Alexandre Paim Diaz, 2021. 86 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas-Novo, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Ciências Médicas-Novo. 2. estigma social. 3. esquizofrenia. 4. periculosidade. 5. distância social. I. Schwarzbold, Marcelo Liborio. II. Diaz, Alexandre Paim. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas-Novo. IV. Título.

Vanessa Pereira Leal

Estigma contra a esquizofrenia entre médicos: papel da estereotipagem negativa e periculosidade percebida

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Roger Walz, Dr.

Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Mariana dos Santos Lunardi, Dr.(a)

Hospital Governador Celso Ramos, Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Prof.(a) Katia Lin, Dr.(a)

Coordenador(a) do Programa

Prof. Marcelo Liborio Schwarzbald, Dr.

Orientador

Florianópolis, 2021

“Uma resposta provoca uma centena de perguntas”

J. L. Moreno

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Sidney e Salete, ao meu irmão, Álvaro, e ao meu companheiro, Rafael, por todo apoio incondicional.

Agradeço aos meus colegas, Alexandre e Victor, pela ajuda durante as aulas e escrita.

Agradeço, em especial, ao meu orientador, Marcelo Liborio Schwarzbold, pela paciência e pela sua persistência em ensinar.

Agradeço, em especial, ao meu coorientador, Alexandre Diaz, pelas conversas, reflexões, amizade e apoio.

Agradeço ao Antônio Geraldo, pelo apoio, disponibilidade e pró atividade.

Agradeço aos meus colegas, Paulo e Monike, pelo apoio e parceria durante esse projeto.

Agradeço ao Oseias e aos alunos da Liga de Psiquiatria da UFSC, os “smurfs”, que ajudaram firmemente durante a coleta de dados.

Agradeço aos mestres da residência de psiquiatria do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, pelos ensinamentos, paciência e dedicação ao meu ensino.

RESUMO

O estigma entre profissionais de saúde em relação aos transtornos mentais tem sido associado com desfechos negativos para os pacientes, porém seus mecanismos são mal compreendidos em populações de médicos. No presente trabalho, foram avaliados médicos psiquiatras e não psiquiatras quanto a medidas de estigma contra a esquizofrenia a fim de investigar o papel dos estereótipos negativos, periculosidade percebida contra os outros e a si mesmo e especialidade médica no desejo de distância social e na opinião sobre o direito de votar. Modelos de regressão evidenciaram que uma maior periculosidade percebida contra os outros e si mesmo foram preditores independentes de um maior desejo de distância social entre médicos psiquiatras e não psiquiatras. A periculosidade percebida contra os outros também foi um preditor de discordância com o direito de votar tanto em psiquiatras como em médicos não psiquiatras. Análises combinando as duas amostras evidenciaram que uma especialidade médica que não a psiquiatria foi capaz de prever um maior desejo de distância social e uma discordância mais frequente com o direito de votar, independentemente de estereótipos negativos e da periculosidade percebida. Análises de interação mostraram que a psiquiatria como especialidade médica atenuou os efeitos da periculosidade percebida contra os outros e si mesmo no desejo de distância social. Esses achados contribuem para a compreensão dos mecanismos do estigma de médicos contra a esquizofrenia, com possíveis implicações para as intervenções antiestigma.

Palavras-chave: estigma; estereotipagem; preconceito; discriminação social; psiquiatria; profissionais de saúde; periculosidade; distância social; direitos civis; transtornos psicóticos.

ABSTRACT

Stigma among health professionals toward mental disorders has been associated with negative outcomes for patients, but its mechanisms are poorly understood in physician populations. In the present study, psychiatrists and non-psychiatric physicians were evaluated regarding measures of stigma toward schizophrenia in order to investigate the role of negative stereotyping, perceived dangerousness toward others and self and medical specialty in desire for social distance and opinion on the right to vote. Regression models showed that greater perceived danger toward others and self were independent predictors of greater desire for social distance among psychiatrists and non-psychiatric physicians. Perceived dangerousness toward others was also a predictor of disagreement with the right to vote among psychiatrists and non-psychiatric physicians. Analyses combining both samples showed that a medical specialty other than psychiatry was able to predict greater desire for social distance and disagreement with the right to vote, regardless of negative stereotypes and perceived dangerousness. Interaction analyses showed that psychiatry as a medical specialty attenuated the effects of perceived danger toward others and self on desire for social distance. These findings contribute to the understanding of the mechanisms of physician stigma against schizophrenia, with possible implications for anti-stigma interventions.

Keywords: Social stigma; stereotyping; prejudice; social discrimination; psychiatry; health personnel; violence; social distance; civil rights; psychotic disorders.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Interação entre estereotipagem negativa e especialidade médica no desejo de distância social.....	38
Figura 2 - Interação entre periculosidade percebida contra outros e especialidade médica no desejo de distância social.....	38
Figura 3 - Interação entre periculosidade percebida contra si e especialidade médica no desejo de distância social.....	39
Figura 4 - Interação entre periculosidade percebida contra outros e especialidade médica na opinião sobre o direito de votar.	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos médicos psiquiatras (n = 395).	25
Tabela 2 - Características sociodemográficas dos médicos não psiquiatras (n = 79).....	26
Tabela 3 - Estereotipagem e variáveis relacionados à discriminação da esquizofrenia entre médicos psiquiatras (n = 395).....	27
Tabela 4 - Estereotipagem negativa da esquizofrenia entre médicos psiquiatras (n = 395)....	27
Tabela 5 - Desejo de distância social de médicos psiquiatras em relação a pessoas com esquizofrenia (n = 395).....	27
Tabela 6 - Estereotipagem e desfechos relacionados à discriminação contra pessoas com esquizofrenia entre médicos não psiquiatras (n = 79).	28
Tabela 7 - Estereotipagem negativa da esquizofrenia entre médicos não psiquiatras (n = 79).	29
Tabela 8 - Desejo de distância social de médicos não psiquiatras em relação a pessoas com esquizofrenia (n = 79).....	29
Tabela 9 - Fatores associado ao desejo de distância social de médicos psiquiatras em relação a pessoas com esquizofrenia (n = 390).....	31
Tabela 10 - Modelo de regressão linear múltipla para desejo de distância social de médicos psiquiatras em relação a pessoas com esquizofrenia (n = 354).	31
Tabela 11 - Fatores associado ao desejo de distância social de médicos não psiquiatras em relação a pessoas com esquizofrenia (n = 78).	32
Tabela 12 - Modelo de regressão linear múltipla para desejo de distância social de médicos não psiquiatras em relação a pessoas com esquizofrenia (n = 72).	32
Tabela 13 - Fatores associado à opinião de médicos psiquiatras sobre o direito de votar de pessoas com esquizofrenia (n = 387).....	33
Tabela 14 - Modelo de regressão logística binária simples para a opinião de médicos psiquiatras sobre o direito de votar de pessoas com esquizofrenia (n = 372).....	34
Tabela 15 - Fatores associado à opinião de médicos não psiquiatras sobre o direito de votar de pessoas com esquizofrenia (n = 79).....	34
Tabela 16 - Modelo de regressão logística binária simples para a opinião de médicos não psiquiatras sobre o direito de votar de pessoas com esquizofrenia (n = 73).	35

Tabela 17 - Comparação de médicos psiquiatras e não psiquiatras quanto a variáveis sociodemográficas, de estereotipagem e relacionadas ao preconceito contra pessoas com esquizofrenia.....	35
Tabela 18 - Modelo de regressão linear múltipla para desejo de distância social em relação a pessoas com esquizofrenia incluindo especialidade médica como preditor (n = 425).....	36
Tabela 19 - Modelo de regressão logística binária múltipla para a opinião sobre o direito de votar de pessoas com esquizofrenia incluindo especialidade médica como preditor (n = 445).	36

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	5
RESUMO.....	6
ABSTRACT	7
LISTA DE FIGURAS.....	8
LISTA DE TABELAS.....	9
SUMÁRIO	11
1. INTRODUÇÃO	12
1.1 ESTIGMA DOS TRANSTORNOS MENTAIS.....	12
1.2 ESTIGMA DA ESQUIZOFRENIA	15
1.3 O ESTEREÓTIPO DE PERICULOSIDADE DA ESQUIZOFRENIA	16
1.4 ESTIGMA DOS TRANSTORNOS MENTAIS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	18
1.5 JUSTIFICATIVA	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3. METODOLOGIA	22
3.1 DESENHO DO ESTUDO E PARTICIPANTES	22
3.2 MEDIDAS	23
3.3 ANÁLISE DE DADOS	24
4. RESULTADOS	25
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES	25
4.2 VARIÁVEIS DE ESTEREOTIPAGEM E RELACIONADAS AO PRECONCEITO.....	26
4.3 FATORES ASSOCIADOS AO DESEJO DE DISTÂNCIA SOCIAL	29
4.4 FATORES ASSOCIADOS À OPINIÃO SOBRE O DIREITO DE VOTAR	32
4.5 COMPARAÇÃO ENTRE MÉDICOS PSQUIATRAS E NÃO PSQUIATRAS	35
4.6 PAPEL DA ESPECIALIDADE MÉDICA NAS VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PRECONCEITO	36
5. DISCUSSÃO	40
6. CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE A – Aprovações em Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	58
APÊNDICE B – Manuscrito enviado para periódico indexado	65

1. INTRODUÇÃO

1.1 ESTIGMA DOS TRANSTORNOS MENTAIS

A experiência de um transtorno mental não se limita apenas aos sintomas, mas também é acompanhada por outras formas de sofrimento, entre elas o estigma. O estigma associado aos transtornos mentais é amplamente endossado pelo público em diversas culturas e vários pesquisadores têm investigado e elaborado a conceitualização desse fenômeno (PHELAN, 2000; HAMRE et al., 1994). A variabilidade de manifestações e circunstâncias somada aos diferentes enfoques de pesquisa de várias disciplinas, como sociologia, psicologia e psiquiatria, torna difícil uma definição única e consensual. Entretanto, a maioria dos autores considera o estigma como um fenômeno coletivo dinâmico, que surge quando uma característica individual é identificada e rotulada como diferente, principalmente se ela for indesejável e depreciativa. Essa diferenciação provoca um grau de separação entre grupos, com o grupo rotulado sofrendo discriminação e suas consequências, que incluem prejuízos na vida social, financeira e profissional (GOFFMAN, 1974; LINK et al., 1999; LINK; PHELAN, 2001).

Além disso, estudos têm mostrado associações entre estigma e a piora do prognóstico de transtornos mentais. Alguns exemplos destacados são diminuição na procura por ajuda profissional, atraso no diagnóstico, prejuízo na adesão ao tratamento, diminuição na autoestima e aumento do isolamento social (CORRIGAN, 2004; SIREY et al., 2001; CORRIGAN et al., 2011; LASALVIA et al., 2014). Mais recentemente, um estudo ecológico europeu demonstrou que os países com maiores taxas de suicídio são os que tinham menor aceitação social de pessoas com transtornos mentais (SCHOMERUS et al. 2015). Outro levantamento descreveu o estigma contra pessoas com doenças mentais como um importante fator no abandono precoce do tratamento (SIREY et al., 2001). Esses efeitos causam um círculo vicioso de perdas ao longo da vida (CORRIGAN, 2004; CORRIGAN et al., 2011).

O modelo mais amplamente difundido de estigma pode ser descrito como um processo envolvendo aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais (GOFFMAN, 1974; LINK, PHELAN, 2001; THORNICROFT et al., 2007). Nesse modelo, os componentes de estereotipagem, preconceito e discriminação são inter-relacionados e convergem na formação do estigma. O primeiro componente, de estereotipagem, ocorre quando alguma característica difere da maioria. Estereótipos são uma maneira automática entre os seres humanos de

categorizar informações sobre diferentes grupos sociais. Eles podem ser eficientes ao gerarem rapidamente impressões de indivíduos que pertencem a um grupo, porém frequentemente acabam por distinguir e segregar entre “nós” versus “eles”, o que facilmente leva a crença de que “eles” são diferentes de “nós”. Os estereótipos frequentemente deterioram-se em pejorativos e são usados de forma negativa para salientar diferenças humanas através de uma simplificação excessiva de características.

O segundo componente do estigma é o preconceito, no qual as pessoas que concordam com os estereótipos desenvolvem um conjunto de reações emocionais negativas diante da possibilidade de interação com alguém com o estereótipo em questão (no caso o transtorno mental), reforçando a crença inicial pejorativa. A resposta cognitiva, emocional e atitudinal de preconceito leva ao terceiro componente – a discriminação – no qual ocorre a execução completa de um comportamento de desaprovação, rejeição e exclusão, com impacto social, econômico e político (LINK, PHELAN, 2001; THORNICROFT et al., 2007). Essas diferenças de poder entre os grupos impedem mudanças na posição desvalorizada do grupo estigmatizado e levam a prejuízos em muitos aspectos da vida do indivíduo. De fato, já foi destacado que os prejuízos do estigma podem até mesmo gerar mais sofrimento e isolamento do que o transtorno mental propriamente dito (CORRIGAN, 2004; CORRIGAN et al., 2011; LINK, PHELAN, 2001).

O estigma e suas variadas manifestações refletem em grande parte o significado cultural de ser portador de um transtorno mental em uma determinada sociedade (GOFFMAN, 1974). Essas manifestações podem ocorrer a nível individual (autoestigma), interpessoal (estigma público) e na organização da sociedade (estigma estrutural) (CORRIGAN, 2002), configurando diferentes tipos de estigma. O estigma público ocorre na interação interpessoal e se refere ao comportamento de indivíduos em relação a outro grupo. Um dos indicadores utilizado em pesquisa de estigma público dos transtornos mentais é a mensuração do desejo de distância social, definido como a disposição de um indivíduo em participar de relacionamentos em vários graus de proximidade com uma pessoa portadora de um transtorno mental. Os estudos se baseiam na ideia de que o desejo de distância social é um indicador de preconceito, constituindo parte de um dos componentes do estigma público (ANGERMEYER, 2004; GRIFFITHS, CRISTENSEN, 2004).

A discriminação vivenciada na interação interpessoal pode levar à redução de contatos sociais. Amigos, familiares e vizinhos de pessoas com transtornos mentais podem gradualmente se afastar, ou ter outras reações negativas quando tomam conhecimento do diagnóstico ou

tratamento psiquiátrico. Outra manifestação do estigma é que todos os comportamentos não aprovados ou não previstos são atribuídos à doença mental: “Ah, ele está doente mesmo...”. Paradoxalmente, comportamentos relacionados aos sintomas podem ser interpretados de forma errônea e julgado como simples má conduta. Ainda, indivíduos com transtorno mental frequentemente se tornam os “bodes expiatórios” e são injustamente responsabilizados por qualquer conflito que ocorra no ambiente interpessoal (JORM, 1999; SCHULZE, 2003).

Estereótipos negativos divulgados pela mídia são considerados uma importante parte da construção, propagação e continuidade do processo de estigmatização. O tipo de informação difundido por jornais, transmissões de televisão e cinema envolve predominantemente o contexto de relatórios judiciais ou policiais ou de crimes horríveis, com o transtorno mental sendo simploriamente apontado como uma explicação. Programas da mídia que associam pessoas com esquizofrenia à violência e periculosidade são tidos como prejudiciais, pois reforçariam e amplificariam o estigma público, estimulando o desejo de distância social (ANGERMEYER et al., 2004; GUARNIERO et al., 2017).

Um segundo tipo de estigma em relação aos transtornos mentais é o estigma estrutural, também chamado de discriminação estrutural, já que consiste essencialmente em um componente de segregação já estabelecido. Essa forma de discriminação ultrapassa o domínio das interações sociais individuais, estando presente em desequilíbrios e injustiças nas estruturas sociais, decisões políticas, leis e regulamentos. As consequências são uma restrição sistêmica de recursos e oportunidades para os indivíduos afetados por transtornos psiquiátricos e, ironicamente, um prejuízo econômico global para a sociedade (SHARAC et al., 2010). A discriminação estrutural constitui um sistema que funciona de modo automático restringindo direitos e oportunidades de um grupo específico (CORRIGAN et al., 2004; LINK, PHELAN, 2001; O'BRIEN et al., 2009).

O disparate do direcionamento de recursos para saúde mental em relação à prevalência e ao impacto dos transtornos psiquiátricos também é considerado uma forma de estigma estrutural. São exemplos desse problema o menor investimento dos recursos públicos para saúde mental quando comparado a outras áreas da saúde, a má qualidade dos serviços de saúde mental tanto em nível ambulatorial como hospitalar, e as limitações de acesso ao atendimento em crises emergenciais (ANGERMEYER et al., 2004; GONÇALVES et al., 2012; VIGO et al., 2016). A percepção de que a saúde mental pode ser “opcional” e não um componente fundamental nos cuidados primários de saúde é uma das crenças discriminatórias que permeiam esse contexto.

O terceiro tipo de estigma relacionado aos transtornos mentais é o autoestigma, no qual o indivíduo portador de um transtorno mental “internaliza” o estigma público. Por essa razão, o autoestigma também é chamado de estigma internalizado. O modelo progressivo de autoestigma é o mais amplamente difundido na atualidade (CORRIGAN et al., 2011). Nesse modelo, o indivíduo acometido por um transtorno mental toma conhecimento do estereótipo negativo do transtorno e “concorda” com o mesmo, levando a um prejuízo da autoestima e autoeficácia. A autoeficácia é um construto cognitivo que representa a confiança de uma pessoa em ser capaz de realizar tarefas específicas. Já a autoestima inclui uma avaliação subjetiva que uma pessoa faz de si mesma. O prejuízo desses construtos está associado à incapacidade de prosseguir em um trabalho e à redução de oportunidades de vida. Note-se que não é necessária a experiência de discriminação no autoestigma, apenas a internalização do estereótipo negativo disseminado culturalmente. O raciocínio deixa de ser “eu acho que pessoas com transtornos mentais são imprevisíveis”, para “eu tenho um transtorno mental, então eu sou imprevisível” (AL-HOUJA; CORRIGAN, 2017; CORRIGAN, 2010; MITTAL et al., 2012). Nem todos os indivíduos internalizam o estigma público: alguns são indiferentes a ele, enquanto outros adotam uma postura combativa contra o mesmo (CORRIGAN et al., 2011). O autoestigma é um indicador de carga de doença e hoje é considerado uma barreira para a plena recuperação (CORRIGAN et al., 2006; CORRIGAN; WATSON, 2002; YILMAZ; OKANLI, 2015).

1.2 ESTIGMA DA ESQUIZOFRENIA

Cerca de 90% das pessoas com transtornos mentais relatam ter sofrido alguma experiência de discriminação relacionada a esse contexto, sendo a esquizofrenia um dos transtornos mais estigmatizados (CORKER et al., 2013; SARKIN et al., 2015). A esquizofrenia é um transtorno que ao longo da vida tem prevalência de 0,3 a 0,7%. Apresenta-se clinicamente com sintomas de delírios, alucinações e/ou discurso desorganizado, podendo também manifestar comportamento grosseiramente desorganizado e/ou sintomas negativos (expressão emocional diminuída ou avolia), com prejuízo no funcionamento individual em pelo menos uma área da vida (trabalho, relações interpessoais ou autocuidado) por pelo menos seis meses. Normalmente, as características psicóticas da esquizofrenia costumam surgir entre o fim da adolescência e meados dos trinta anos (APA, 2014). Avanços científicos têm levado à melhora dos sintomas e prognóstico dos pacientes com esquizofrenia que recebem o tratamento precoce e adequado, mas o curso e a experiência da doença são muito impactados pelo estigma (CRISP

et al., 2000). Já foi demonstrado, por exemplo, que o estigma público segue inalterado mesmo após a melhora clínica significativa (LINK et al., 1999).

O estigma da esquizofrenia é marcado por estereótipos relacionados à periculosidade e imprevisibilidade (ANGERMEYER; SCHULZE, 2001; CRISP et al., 2000). Independente da crença sobre as causas dos transtornos mentais, a percepção de falta de controle de si pode levar o público a pensar que pessoas com transtornos mentais, principalmente esquizofrenia, são indistintamente perigosas e imprevisíveis, e como consequência pode surgir o desejo de distância daqueles que sofrem de tais transtornos. Pesquisas sobre atitudes do público diante de pessoas com esquizofrenia mostraram que grande parte da população rejeitaria estabelecer relações sociais, dividir um apartamento com alguém com o transtorno, recomendar uma pessoa com esquizofrenia para um emprego ou permitir com que ela cuidasse de seus filhos (ANGERMEYER; MATSCHINGER, 1996).

O impacto do estigma se manifesta precocemente no curso dos transtornos psicóticos, como evidenciado pelo achado de que cerca de metade dos pacientes em primeiro episódio psicótico relata ter sofrido discriminação (LASALVIA et al., 2014; ZÄSKE et al., 2019). Isso dificulta a procura de ajuda e tratamento, o que piora o prognóstico pela possibilidade de prolongamento da duração da psicose não tratada (CORRIGAN, 2004; GRONHOLM et al., 2017; MCGORRY et al., 2008). Além disso, a experiência do estigma influencia negativamente a autoestima desses pacientes, afetando a qualidade de vida (PESCOSOLIDO et al., 1999; ZÄSKE et al., 2019). Em geral, pessoas com esquizofrenia relatam com maior frequência experiências associadas ao estigma em comparação com indivíduos com outros transtornos psiquiátricos (BROHAN et al., 2010). Por exemplo, a percepção de ser evitado é duas vezes mais frequente que no caso de transtornos depressivos (ANGERMEYER et al., 2004). Em comparação com o transtorno de humor bipolar, indivíduos com esquizofrenia relataram taxas significativamente mais altas de autoestigma (KARIDI et al., 2015).

Frente aos pontos discutidos acima, características específicas do estigma relacionado a esquizofrenia devem ser consideradas para o desenvolvimento de intervenções antiestigma. Essas abordagens podem incluir desde estratégias para melhorar a autoestima dos pacientes em diferentes etapas da doença até abordagens para o enfrentamento da discriminação e redução do estigma público e estrutural (LASALVIA et al., 2014; ZÄSKE et al., 2019).

1.3 O ESTEREÓTIPO DE PERICULOSIDADE DA ESQUIZOFRENIA

Tem sido demonstrando que pessoas com doença mental grave têm probabilidade maior de serem alvo de violência e cometerem delitos não violentos (WALSH et al., 2002; WEHRING; CARPENTER, 2011). Apesar disso, os estereótipos de periculosidade das doenças mentais permanecem têm persistido ao longo de gerações e estão associados ao medo e desejo de distância social (CRISP et al., 2000; WEHRING; CARPENTER, 2011). As pesquisas iniciais sobre o tema examinaram sobretudo a associação entre violência e esquizofrenia com mínimo enfoque na questão de saúde pública, ou seja, considerando a proporção de violência na população que poderia ser atribuída à esquizofrenia sem observar a presença de outras comorbidades presentes (ANGERMEYER, 2000). Diante dessa perspectiva, a proporção de indivíduos com esquizofrenia que se envolvia com violência nos Estados Unidos era de 2,7% em um ano. Entretanto, quando considerada e excluída a comorbidade de abuso de substâncias esses números ficavam muito menores (ANGERMEYER; MATSCHINGER, 1996; BRENNAN et al., 2000; SWANSON et al., 1996). Por exemplo, um levantamento de Wallace e colaboradores (2004) indicou que indivíduos diagnosticados com esquizofrenia eram mais propensos a serem condenados por um delito do que a população em geral. Assim, apesar das evidências mostrarem que existe uma relação estatística entre esquizofrenia e violência, apenas uma proporção muito pequena da violência na população pode ser atribuída a indivíduos com esquizofrenia (JORM et al., 1999; PESCOSOLIDO et al., 1999; WEHRING; CARPENTER, 2011). Por exemplo, em uma revisão de estudos, Large e colaboradores (2011) calcularam que 35000 indivíduos com esquizofrenia, classificados de alto risco de violência, teriam que ser detidos para prevenir o homicídio de uma pessoa estranha ao círculo social dos mesmos. Desse modo, há grande inconsistência entre os resultados dos estudos e a percepção pública da periculosidade de pacientes com esquizofrenia, que é frequentemente superestimada.

Um dos fatores que podem diminuir a percepção distorcida de periculosidade das doenças mentais é a familiarização com as mesmas (ANGERMEYER et al., 2004; CORRIGAN et al., 2001). No entanto, estudos de intervenção demonstraram que a redução da distância social requer mais do que alterar o estereótipo de periculosidade da esquizofrenia (MARTIN et al., 2000; SCHULZE et al., 2003), uma vez que, além do medo, outras reações emocionais podem desempenhar um papel na estigmatização. Percepções de incompetência, irresponsabilidade ou culpabilização também podem contribuir, dependendo de aspectos culturais mais amplos e de características de grupos sociais específicos. Esses processos também precisam ser identificados e direcionados em intervenções antiestigma (ANGERMEYER et al., 2004; LINK et al., 1999; PESCOSOLIDO et al., 1999).

1.4 ESTIGMA DOS TRANSTORNOS MENTAIS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O estigma em relação aos transtornos mentais está presente em diversos contextos, incluindo a comunidade em geral, relações pessoais e familiares, local de trabalho e mesmo na assistência à saúde. Os mesmos estereótipos encontrados na população geral estão presentes na população de profissionais de saúde, entre eles o de que as pessoas que enfrentam algum transtorno mental, principalmente esquizofrenia, são imprevisíveis e perigosas (ADEWUYA; OGUNTADE, 2007).

Além da estereotipagem, a discriminação também ocorre no contato com profissionais de saúde. Há trabalhos mostrando que, em contextos médicos, pacientes e seus familiares referiram que suas necessidades e perspectivas não eram levadas a sério ou que eles eram tratados com falta de dignidade. Em um dos estudos, o conhecimento pelos profissionais de saúde da ocorrência de um transtorno psiquiátrico prévio ou atual no paciente fazia com que as queixas físicas fossem encaradas de forma menos séria (SCHULZE; ANGERMEYER, 2003). Devido à percepção de discriminação, cerca de 90% dos indivíduos com algum transtorno psiquiátrico sentem desconforto ao informar aos profissionais de saúde a respeito de diagnóstico psiquiátrico (SARKIN et al., 2015; THORNICROFT; ROSE; KASSAM, 2007). Isso é preocupante especialmente em pacientes com esquizofrenia, um transtorno que está associado com altos níveis de incapacidade, comorbidades médicas e mortalidade prematura (STUBBS et al., 2016).

O estigma também pode afetar a prontidão de um profissional de saúde em fornecer as intervenções necessárias para indivíduos com transtornos mentais (SARTORIUS et al., 2010). Por exemplo, indivíduos com transtorno mental relatado, comparados às pessoas sem transtorno mental, têm menor propensão de ser encaminhados por profissionais de saúde para exames e intervenções como mamografia, cateterismo cardíaco ou internação hospitalar após descompensação de diabetes (DRUSS et al., 2000; KOROUKIAN et al., 2012; MAI et al., 2011; SULLIVAN et al., 2006). Apesar das altas taxas de morbidade médica geral em pacientes com transtornos psiquiátricos, profissionais de saúde tendem a atribuir sintomas não psiquiátricos aos transtornos mentais (um fenômeno chamado “diagnostic overshadowing”), suposição essa que leva os pacientes a receberem tratamentos de forma incompleta e menos eficaz (THORNICROFT, 2011).

Um estudo realizado em profissionais de saúde que trabalhavam em ambiente hospitalar mostrou que a maioria acreditava que um indivíduo com transtorno depressivo teria caráter fraco e poderia se recuperar sozinho, caso desejasse (SARIDI et al., 2017). Sentimentos como medo são desmascarados quando enfermeiros identificavam que, na realidade, não se sentiam confiantes e competentes para lidar profissionalmente com os sintomas emocionais e comportamentais de pessoas com um transtorno mental. Muitos acreditavam que a doença era causada por questões de caráter, falta de disciplina ou fingimento (LETHOBA et al., 2006; ROSS; GOLNER, 2009). Profissionais de saúde relataram ainda crenças de que falar ou fazer algo errado ao lidar com os pacientes poderia desencadear um comportamento incontrolável de forma abrupta (ROSS; GOLNER, 2009; SARTORIUS; SCHULZE, 2005; THORNICROFT, 2007). Por outro lado, Schulze (2007) identificou que profissionais de saúde podem sofrer estigmatização por associação, e que quando expostos ao estigma podem adotar uma postura de reforço do mesmo ou se tornarem combativos contra o estigma (tornando-se então “desestigmatizadores”).

Nesse contexto, vários autores apontam que educação em relação aos transtornos mentais e a promoção de cuidados de saúde mental se faz necessária, até mesmo para a correta diferenciação de manifestações psiquiátricas de outros tipos comportamentos (SARTORIUS et al., 2010; THORNICROFT; ROSE; KASSAM, 2007). No entanto, a educação por si só pode não ser suficiente. Para garantir um atendimento eficaz e ético, as atitudes de profissionais de saúde em relação aos indivíduos com transtornos mentais devem ser acompanhadas e reguladas.

1.5 JUSTIFICATIVA

Com base no referencial teórico discutido acima, o presente estudo tem as seguintes justificativas: (1) o estigma dos transtornos mentais é pervasivo na sociedade em diferentes formas e níveis; (2) o estigma dos transtornos mentais está associado com prejuízos individuais para os portadores de transtornos mentais e prejuízos para a sociedade como um todo, incluindo prejuízos econômicos; (3) a esquizofrenia é um dos transtornos mentais mais estigmatizados, estando altamente associada com estereótipos de periculosidade; (4) o estigma dos transtornos mentais também se manifesta entre profissionais de saúde, potencialmente afetando os cuidados dos pacientes e contribuindo para a perpetuação dos prejuízos associados ao estigma; (5)

médicos psiquiatras e não psiquiatras estão na linha de frente do atendimento de pessoas com transtornos mentais; (6) o conhecimento sobre os mecanismos do estigma público dos transtornos mentais entre médicos é limitado e ampliar esse conhecimento pode fornecer embasamento para o desenvolvimento de estratégias antiestigma gerais ou específicas.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar o papel da estereotipagem negativa e da periculosidade percebida no estigma contra a esquizofrenia em diferentes populações de médicos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar uma amostra de médicos psiquiatras e uma amostra de médicos não psiquiatras em termos de variáveis sociodemográficas básicas, variáveis de estereotipagem da esquizofrenia (estereotipagem negativa geral, periculosidade percebida contra outras pessoas e contra si mesmo) e variáveis relacionadas ao preconceito contra pessoas com esquizofrenia (desejo de distância social e opinião sobre direito de votar).
- Definir o papel das variáveis sociodemográficas e de estereotipagem como preditores das variáveis relacionadas ao preconceito, em ambas as amostras.
- Definir o papel da especialidade médica (psiquiatria e não psiquiatria) como preditor das variáveis relacionadas ao preconceito e como modificador de efeito das variáveis de estereotipagem nesses desfechos.

3. METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO E PARTICIPANTES

Este foi um estudo transversal que avaliou uma amostra de médicos psiquiatras e uma amostra de médicos não psiquiatras. Os psiquiatras foram recrutados durante o XXXIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Florianópolis de 4 a 7 de novembro de 2015. Os congressistas eram convidados a participar por pesquisadores de campo (estudantes de medicina) que haviam sido treinados pelos pesquisadores principais do estudo. Os pesquisadores de campo forneciam aos congressistas um questionário anônimo autoaplicado (veja as medidas integrantes do questionário na seção 3.2) cujo o preenchimento durava cerca de 20 minutos. O Congresso Brasileiro de Psiquiatria é um dos maiores congressos de especialidade da América Latina, contando com a participação anual de cerca de 5000 psiquiatras. Os critérios de inclusão foram: (1) ter residência médica em psiquiatria e (2) ter o Português do Brasil como língua nativa. O critério de exclusão foi não ter preenchido apropriadamente as duas medidas de desfecho do questionário (desejo de distância social em relação a pessoas com esquizofrenia e opinião sobre o direito de votar de pessoas com esquizofrenia; vide a seção 3.2). Ao todo foram recrutados 395 médicos psiquiatras.

Os médicos não psiquiatras foram recrutados a partir de serviços ambulatoriais e hospitalares públicos da Grande Florianópolis no ano de 2017. Similarmente ao que foi feito na amostra de psiquiatras, pesquisadores de campo (estudantes de medicina) forneciam um questionário anônimo totalmente autoaplicado aos participantes. O critério de inclusão foi ser médico atuante na Grande Florianópolis com residência médica completa ou estar cursando o último ano de residência médica. Os critérios de exclusão foram (1) ter completado ou estar cursando residência médica em psiquiatria e (2) não ter completado as duas medidas de desfecho no questionário citadas anteriormente. Ao todo foram recrutados 79 médicos não psiquiatras.

Ambas amostras foram recrutadas por conveniência. Uma vez que o estudo abordava temas sensíveis, foram tomados cuidados especiais para garantir o anonimato e favorecer respostas honestas dos participantes: além dos questionários serem anônimos e totalmente autoaplicados, os participantes depositavam os mesmos em uma urna imediatamente após o preenchimento, sendo que os termos de consentimento livre e esclarecido (nos quais era necessário constar identificação) eram guardados em separado. O projeto foi aprovado em

comitê de ética em pesquisa com seres humanos via Plataforma Brasil (CAAE 48599115.2.0000.0114, parecer 1.585.034) ().

3.2 MEDIDAS

Variáveis sociodemográficas: foram obtidas informações sobre sexo, idade, nível de formação acadêmico-profissional (residência médica, mestrado ou doutorado), estado do Brasil onde o participante atuava (apenas na amostra de psiquiatras), alocação de trabalho (exclusivamente ou predominantemente em serviço público ou privado, ou similar entre os mesmos) e realização de atividades didáticas (aulas regulares em nível de graduação ou pós-graduação, supervisão de médicos residentes, ou atividades didáticas outras).

Variáveis de estereotipagem: três aspectos de estereotipagem negativa em relação a pessoas com esquizofrenia foram avaliados de modo similar a estudos prévios em amostras de psiquiatras e outros profissionais de saúde mental (NORDT et al., 2006; LOCH et al., 2013). A periculosidade percebida contra outros foi avaliada perguntando a opinião dos participantes sobre a probabilidade de uma pessoa com esquizofrenia fazer algo violento contra outras pessoas (nada provável = 0, pouco provável = 1, moderadamente provável = 2, muito provável = 3). Similarmente, a periculosidade percebida contra si foi avaliada perguntando a opinião sobre a probabilidade de uma pessoa com esquizofrenia fazer algo violento contra si mesmo (nada provável = 0, pouco provável = 1, moderadamente provável = 2, muito provável = 3). A estereotipagem negativa geral foi avaliada apresentando aos participantes uma lista de 7 características negativas (perigoso, imprevisível, pouco inteligente, sem higiene, anormal, não confiável e esquisito) e perguntando o quanto elas se identificavam com uma pessoa com esquizofrenia em comparação com a população geral (menos presente = 1, igualmente presente = 2, mais presente = 3). A pontuação final consistiu na média aritmética das pontuações individuais. Considerando a sobreposição de construto com a periculosidade percebida contra outros e contra si, a característica “perigoso” não foi computada na pontuação final.

Variáveis relacionadas ao preconceito: dois aspectos relacionados à discriminação contra pessoas com esquizofrenia foram avaliados de modo similar a estudos prévios com psiquiatras e outros profissionais de saúde mental (LINK et al., 1987; LOCH et al., 2013). O primeiro aspecto foi o desejo de distância social, mensurado por uma escala de 7 itens avaliando a

vontade do respondente de ter contato com pessoas com esquizofrenia em diferentes situações sociais (se aceitaria como colega de trabalho, se aceitaria como vizinho, se apresentaria a um amigo, se indicaria para uma vaga de emprego, se alugaria um quarto, se aceitaria casamento na família, se deixaria cuidar dos filhos por algumas horas). A pontuação final foi calculada pela média aritmética das pontuações individuais (com certeza = 1, talvez = 2, em nenhuma ocasião = 3). O segundo aspecto relacionado à discriminação se referiu à opinião dos participantes (concordância ou discordância) sobre o direito de votar de pessoas com esquizofrenia.

3.3 ANÁLISE DE DADOS

Os programas SPSS versão 26.0 e Microsoft Excel 2013 foram utilizados para as análises e a confecção das figuras. As características sociodemográficas dos participantes foram tratadas como variáveis categóricas nominais, exceto idade, que foi tratada como uma variável numérica. Periculosidade percebida contra si e outros foram tratadas como variáveis categóricas ordinais ou numéricas, dependendo da análise. Estereotipagem negativa e desejo de distância social foram analisadas como variáveis numéricas. A opinião sobre o direito de votar foi analisada como variável categórica nominal. Categorias com frequências muito baixas (menores que 10) foram unidas com categorias adjacentes quando apropriado.

As variáveis numéricas tiveram distribuição não normal no teste de Shapiro-Wilk ($p < 0,05$) e foram mostradas como mediana (1º quartil – 3º quartil). Um nível de significância de 0,05 foi definido para todas as análises. A relação entre variáveis categóricas foi analisada com o teste de qui-quadrado ou teste de Fisher. No caso de uma das variáveis ser ordinal com mais de duas categorias, foi utilizado o teste de Cochran-Armitage. A relação entre variáveis categóricas e numéricas foi analisada com o teste de Mann-Whitney no caso de duas categorias ou Kruskal-Wallis no caso de três categorias. A relação entre duas variáveis numéricas foi analisada por correlação bivariada de Spearman. Modelos de regressão linear e regressão logística foram construídos com os desfechos de desejo de distância social e de opinião sobre o direito de votar, respectivamente. Preditores selecionados foram incluídos simultaneamente nos modelos. O tamanho de efeito foi representado pelo R^2 e R^2 ajustado nos modelos de regressão linear, e pelo R^2 de Nagelkerke e razão de chances nos modelos de regressão logística. Interações entre preditores selecionados também foram avaliadas nos modelos.

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES

A *Tabela 1* mostra as características sociodemográficas da amostra de psiquiatras. A idade variou de 25 a 78 anos. A maioria era do sexo masculino e exercia atividades didáticas regulares em nível de graduação, pós-graduação ou residência médica. Cerca de um terço trabalhava predominantemente ou exclusivamente em serviços privados. A minoria tinha formação de mestrado ou doutorado.

A *Tabela 2* mostra as características sociodemográficas da amostra de médicos não psiquiatras. A idade variou de 24 anos a 60 anos. A maioria era do sexo feminino, trabalhava exclusivamente ou predominantemente no serviço público e exercia atividades didáticas regulares em nível de graduação, pós-graduação ou residência médica. A minoria havia obtido formação de mestrado ou doutorado.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos médicos psiquiatras (n = 395).

Variáveis	Valores
Sexo ^a	
Feminino	168 (42,6%)
Masculino	226 (57,4%)
Idade ^b	39,0 (33,0 – 53,0)
Formação	
Residência médica	299 (75,7%)
Mestrado	64 (16,2%)
Doutorado	32 (8,1%)
Região do Brasil ^b	
Sudeste	184 (46,9%)
Sul	111 (28,3%)
Nordeste	52 (13,3%)
Centro-oeste	29 (7,4%)
Norte	16 (4,1%)
Alocação de trabalho	
Exclusivamente em serviço público	38 (9,6%)
Predominantemente em serviço público	77 (19,5%)
Similar em serviço público e privado	122 (30,9%)
Predominantemente em serviço privado	69 (17,5%)
Exclusivamente em serviço privado	89 (22,5%)
Atividades didáticas ^a	
Sem atividades didáticas	170 (43,1%)
Aulas regulares para graduação	55 (13,9%)
Aulas regulares para pós-graduação	45 (11,4%)
Supervisão de médicos residentes	99 (25,1%)
Outras	100 (25,4%)

Dados faltantes: ^a 1, ^b 3.

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos médicos não psiquiatras (n = 79).

Variável	Valores
Sexo	
Feminino	49 (62,0%)
Masculino	30 (38,0%)
Idade	36,0 (30,0 – 48,0)
Formação ^a	
Residência médica	58 (77,3%)
Mestrado	10 (13,3%)
Doutorado	7 (9,3%)
Alocação de trabalho	
Exclusivamente em serviço público	31 (39,2%)
Predominantemente em serviço público	32 (40,5%)
Similar em serviço público e privado	8 (10,1%)
Predominantemente em serviço privado	6 (7,6%)
Exclusivamente em serviço privado	2 (2,5%)
Atividades didáticas	
Sem atividades didáticas	24 (30,4%)
Aulas regulares para graduação	14 (17,7%)
Aulas regulares para pós-graduação	10 (12,7%)
Supervisão de médicos residentes	35 (44,3%)
Outras	19 (24,1%)

Dados faltantes: ^a 4.

4.2 VARIÁVEIS DE ESTEREOTIPAGEM E RELACIONADAS AO PRECONCEITO

Na **Tabela 3** são mostradas as variáveis de estereotipagem e relacionadas ao preconceito da esquizofrenia na amostra de psiquiatras. A maioria (65,4%) considerou nada ou pouco provável que uma pessoa com esquizofrenia faça algo violento contra outras pessoas. Por outro lado, a maioria (69,0%) considerou moderadamente ou muito provável que uma pessoa com esquizofrenia faça algo violento contra si mesmo. A maioria dos psiquiatras também foi favorável ao direito de votar de pessoas com esquizofrenia. Na tabela são mostradas ainda as medianas e quartis das pontuações de estereotipagem negativa e desejo de distância social, cujas respostas estão detalhadas na **Tabela 4** e na **Tabela 5**, respectivamente. A pontuação de estereotipagem negativa foi calculada sem o item “Perigoso”, conforme descrito na seção “Medidas”. A maioria dos psiquiatras considerou as características “esquisito” e “imprevisível” como mais presentes em pessoas com esquizofrenia do que na população geral. Em termos de desejo de distância social, as situações de menor aceitação foram confiar para cuidar dos filhos e casamento na família.

Tabela 3 - Estereotipagem e variáveis relacionados à discriminação da esquizofrenia entre médicos psiquiatras (n = 395).

Variáveis	Valores
DE ESTEREOTIPAGEM	
Estereotipagem negativa ^a	2,3 (2,0 – 2,5)
Periculosidade percebida contra outros ^b	
Nada provável	16 (4,2%)
Pouco provável	232 (61,2%)
Moderadamente provável	118 (31,1%)
Muito provável	13 (3,4%)
Como variável numérica	1,0 (1,0 – 2,0)
Periculosidade percebida contra si ^c	
Nada provável	8 (2,1%)
Pouco provável	109 (28,8%)
Moderadamente provável	214 (56,6%)
Muito provável	47 (12,4%)
Como variável numérica	2,0 (1,0 – 2,0)
RELACIONADAS AO PRECONCEITO	
Desejo de distância social ^d	1,6 (1,3 – 1,7)
Opinião sobre o direito de votar ^e	
Concorda	320 (82,7%)
Discorda	67 (17,3%)

Dados faltantes: ^a 21, ^b 16, ^c 17, ^d 5, ^e 8.

Tabela 4 - Estereotipagem negativa da esquizofrenia entre médicos psiquiatras (n = 395).

Características	Presente em comparação com a população geral		
	Mais	Igual	Menos
Esquisito ^e	249 (64,5%)	97 (25,1%)	40 (10,4%)
Imprevisível ^a	210 (54,8%)	144 (37,6%)	29 (7,6%)
Sem higiene ^c	179 (46,5%)	157 (40,8%)	49 (12,7%)
Anormal ^d	126 (33,2%)	200 (52,6%)	54 (14,2%)
Perigoso ^a	103 (26,9%)	230 (60,1%)	50 (13,1%)
Pouco inteligente ^b	62 (16,1%)	270 (70,3%)	52 (13,5%)
Não confiável ^e	49 (12,7%)	302 (78,2%)	35 (9,1%)

Dados faltantes: ^a 12, ^b 11, ^c 10, ^d 15, ^e 9.

Tabela 5 - Desejo de distância social de médicos psiquiatras em relação a pessoas com esquizofrenia (n = 395).

Itens	Em nenhuma ocasião	Talvez	Com certeza
Confiaria para cuidar dos filhos ^a	93 (23,6%)	227 (57,5%)	74 (18,7%)
Concordaria com casamento na família ^b	51 (13,0%)	217 (55,4%)	124 (31,6%)
Alugaria um quarto ^a	27 (6,9%)	219 (55,6%)	148 (37,6%)
Indicaria para vaga de emprego ^a	13 (3,3%)	231 (58,6%)	150 (38,1%)
Aceitaria como colega de trabalho ^a	8 (2,0%)	117 (29,7%)	269 (68,3%)
Aceitaria como vizinho ^a	1 (0,3%)	43 (10,9%)	350 (88,8%)
Apresentaria a um amigo ^b	0 (0,0%)	56 (14,3%)	336 (85,7%)

Dados faltantes: ^a 1, ^b 3

Na **Tabela 6** são mostradas as variáveis de estereotipagem e relacionadas ao preconceito da esquizofrenia na amostra de médicos não psiquiatras. Aproximadamente metade (50,5%) dos médicos não psiquiatras considerou moderadamente ou muito provável que uma pessoa com esquizofrenia faça algo violento contra os outros. De modo similar, a maioria (72,3%) considerou moderadamente ou muito provável que uma pessoa com esquizofrenia faça algo contra si mesmo. A maioria dos médicos não psiquiatras relatou ser favorável ao direito de votar de pessoas com esquizofrenia. São mostradas também as medianas e quartis das pontuações de estereotipagem negativa e desejo de distância social, cujas respostas estão detalhadas na **Tabela 7** e na **Tabela 8**, respectivamente. A pontuação de estereotipagem negativa foi calculada sem o item “Perigoso”, conforme descrito na seção “Medidas”. A maioria dos médicos não psiquiatras julgou as características “imprevisível” e “esquisito” como mais presentes em pessoas com esquizofrenia do que na população geral. Também se destaca que metade dos médicos não psiquiatras considerou pessoas com esquizofrenia como mais perigosas que a população geral. Em termos de desejo de distância social, as situações de menor aceitação foram confiar para cuidar dos filhos e alugar um quarto.

Tabela 6 - Estereotipagem e desfechos relacionados à discriminação contra pessoas com esquizofrenia entre médicos não psiquiatras (n = 79).

Variáveis	Valores
ESTEREOTIPAGEM	
Estereotipagem negativa	2,3 (2,2 – 2,5)
Periculosidade percebida contra outros ^a	
Nada provável	2 (2,7%)
Pouco provável	34 (46,6%)
Moderadamente provável	30 (41,1%)
Muito provável	7 (9,6%)
Como variável numérica	2,0 (1,0 – 2,0)
Periculosidade percebida contra si ^b	
Nada provável	1 (1,3%)
Pouco provável	20 (26,3%)
Moderadamente provável	41 (53,9%)
Muito provável	14 (18,4%)
Como variável numérica	2,0 (1,0 – 2,0)
RELACIONADAS AO PRECONCEITO	
Desejo de distância social ^c	1,7 (1,4 – 2,0)
Opinião sobre o direito de votar	
Concorda	56 (70,9%)
Discorda	23 (29,1%)

Dados faltantes: ^a 6, ^b 3, ^c 1.

Tabela 7 - Estereotipagem negativa da esquizofrenia entre médicos não psiquiatras (n = 79).

Características	Presente em comparação com a população geral		
	Mais	Igual	Menos
Imprevisível	65 (82,3%)	13 (16,5%)	1 (1,3%)
Esquisito	45 (57,0%)	28 (35,4%)	6 (7,6%)
Perigoso	39 (49,4%)	39 (49,4%)	1 (1,3%)
Anormal	30 (38,0%)	34 (43,0%)	15 (19,0%)
Não confiável	24 (30,4%)	47 (59,5%)	8 (10,1%)
Sem higiene	20 (25,3%)	52 (65,8%)	7 (8,9%)
Pouco inteligente	2 (2,5%)	55 (69,6%)	22 (27,8%)

Tabela 8 - Desejo de distância social de médicos não psiquiatras em relação a pessoas com esquizofrenia (n = 79).

Itens	Em nenhuma ocasião	Talvez	Com certeza
Confiaria para cuidar dos filhos	29 (36,7%)	38 (48,1%)	12 (15,2%)
Alugaria um quarto ¹	16 (20,5%)	43 (55,1%)	19 (24,4%)
Indicaria para vaga de emprego	11 (13,9%)	49 (62,0%)	19 (24,1%)
Concordaria com casamento na família	11 (13,9%)	47 (59,5%)	21 (26,6%)
Aceitaria como colega de trabalho	5 (6,3%)	35 (44,3%)	39 (49,4%)
Apresentaria a um amigo	7 (8,9%)	14 (17,7%)	58 (73,4%)
Aceitaria como vizinho	0 (0,0%)	19 (24,1%)	60 (75,9%)

Dados faltantes: ^a 1.

4.3 FATORES ASSOCIADOS AO DESEJO DE DISTÂNCIA SOCIAL

Entre os 395 psiquiatras incluídos no estudo, 390 (98,7%) completaram o questionário de desejo de distância social em relação a pessoas com esquizofrenia. A **Tabela 9** exibe as associações entre o desejo de distância social e as variáveis sociodemográficas e de estereotipagem. Nenhuma variável sociodemográfica mostrou associação significativa. Por outro lado, todas as variáveis de estereotipagem tiveram associação significativa. As variáveis de estereotipagem foram então inseridas como preditores em um modelo de regressão linear múltipla com desejo de distância social como desfecho. O modelo é mostrado na **Tabela 10**. As variáveis “Periculosidade percebida contra outros” e “Periculosidade percebida contra si” foram tratadas como numéricas de 0 (“Nada provável”) a 3 (“Muito provável”), conforme mencionado na seção “Medidas”. As variáveis predictoras explicaram 17% da variância do desfecho. A duas variáveis de periculosidade contribuíram significativamente, com destaque para a variável “Periculosidade percebida contra outros”, que teve um coeficiente de regressão

padronizado maior que as demais. A variável “Estereotipagem negativa” teve apenas tendência para associação.

Entre os 79 médicos não psiquiatras incluídos no estudo, 78 (98,7%) completaram o questionário de desejo de distância social em relação a pessoas com esquizofrenia. A *Tabela 11* mostra as associações entre o desejo de distância social e as variáveis sociodemográficas e de estereotipagem. Os participantes do sexo feminino relataram desejo de distância social significativamente maior que os participantes do sexo masculino. Ainda, todas as variáveis de estereotipagem mostraram associação significativa. A variável “Sexo” e as variáveis de estereotipagem foram então inseridas como preditores em modelos de regressão linear múltipla com desejo de distância social como desfecho. Os modelos são mostrados na *Tabela 12*. Visto que a variável “Sexo” não esteve significativamente associada ao desejo de distância social na amostra de psiquiatras, foram montados modelos com e sem essa variável, de modo a se ter uma noção de comparação. As variáveis de periculosidade foram tratadas como numéricas, conforme descrito anteriormente. No modelo que incluiu a variável “Sexo”, todos os preditores contribuíram significativamente, explicando em conjunto 53% da variância do desfecho. No modelo sem a variável “Sexo”, os preditores explicaram 47% da variância do desfecho, com contribuição significativa de ambas as variáveis de periculosidade. A variável “Estereotipagem negativa” mostrou somente tendência para associação.

Tabela 9 - Fatores associado ao desejo de distância social de médicos psiquiatras em relação a pessoas com esquizofrenia (n = 390).

Variáveis	Desejo de distância social ou r_s	n	p
SOCIODEMOGRÁFICAS			
Sexo			
Feminino	1,6 (1,3 – 1,7)	167	
Masculino	1,6 (1,3 – 1,7)	222	0,749
Idade		0,05	387
0,286			
Formação			
Residência médica	1,6 (1,3 – 1,7)	294	
Mestrado ou doutorado	1,6 (1,3 – 1,9)	96	0,202
Região do Brasil			
Sudeste	1,6 (1,3 – 1,7)	182	
Sul	1,6 (1,4 – 1,9)	110	
Nordeste	1,6 (1,3 – 1,7)	51	
Centro-oeste	1,4 (1,2 – 1,7)	29	
Norte	1,6 (1,3 – 1,9)	16	0,188
Alocação de trabalho			
Excl. ou predomin. em serviço público	1,4 (1,3 – 1,7)	113	
Similar em serviço público e privado	1,6 (1,3 – 1,9)	120	
Excl. ou predomin. em serviço privado	1,6 (1,3 – 1,8)	157	0,142
Atividades didáticas			
Não	1,6 (1,3 – 1,9)	169	
Sim	1,6 (1,3 – 1,7)	220	0,627
DE ESTEREOTIPAGEM			
Estereotipagem negativa		0,20	371
			< 0,0001
Periculosidade percebida contra outros			
Nada provável	1,1 (1,0 – 1,4)	15	
Pouco provável	1,6 (1,3 – 1,7)	231	
Moderadamente provável	1,6 (1,4 – 1,9)	116	
Muito provável	2,1 (1,9 – 2,3)	13	< 0,0001
Como variável numérica		0,32	375
			< 0,0001
Periculosidade percebida contra si			
Nada ou pouco provável	1,4 (1,1 – 1,7)	115	
Moderadamente provável	1,6 (1,3 – 1,8)	212	
Muito provável	1,7 (1,6 – 2,0)	47	< 0,0001
Como variável numérica		0,28	374
			< 0,0001

Tabela 10 - Modelo de regressão linear múltipla para desejo de distância social de médicos psiquiatras em relação a pessoas com esquizofrenia (n = 354).

Variáveis	β	p	R^2	R^2 ajustado	VIF
Estereotipagem negativa	0,09	0,088			1,05
Periculosidade percebida contra outros	0,30	< 0,001			1,30
Periculosidade percebida contra si	0,15	0,008	0,17	0,16	1,28

VIF = fator de inflação da variância.

Tabela 11 - Fatores associado ao desejo de distância social de médicos não psiquiatras em relação a pessoas com esquizofrenia (n = 78).

Variáveis	Desejo de distância social ou r_s	n	p
SOCIODEMOGRÁFICAS			
Sexo			
Feminino	1,7 (1,6 – 2,1)	48	
Masculino	1,6 (1,3 – 2,0)	30	0,017
Idade	0,04	78	0,755
Formação			
Residência médica	1,7 (1,4 – 2,0)	57	
Mestrado ou doutorado	1,7 (1,4 – 2,0)	17	0,801
Alocação de trabalho			
Excl. ou predomin. em serviço público	1,6 (1,4 - 2,0)	62	
Similar ou predomin. ou excl. serviço privado	1,9 (1,6 – 2,0)	16	0,284
Atividades didáticas			
Não	1,9 (1,5 – 2,0)	24	
Sim	1,6 (1,4 – 2,0)	54	0,243
DE ESTEREOTIPAGEM			
Estereotipagem negativa	0,32	78	0,004
Periculosidade percebida contra outros			
Nada ou pouco provável	1,6 (1,3 – 1,6)	35	
Moderadamente ou muito provável	2,0 (1,7 – 2,2)	37	< 0,0001
Como variável numérica	0,61	72	< 0,0001
Periculosidade percebida contra si			
Nada ou pouco provável	1,6 (1,3 – 1,6)	21	
Moderadamente provável	1,7 (1,5 – 2,0)	40	
Muito provável	2,3 (1,8 – 2,6)	14	< 0,0001
Como variável numérica	0,50	75	< 0,0001

Tabela 12 - Modelo de regressão linear múltipla para desejo de distância social de médicos não psiquiatras em relação a pessoas com esquizofrenia (n = 72).

Variáveis	β	p	R^2	R^2 ajustado	VIF
Modelo com a variável “Sexo”					
Sexo	-0,28	0,002			1,11
Estereotipagem negativa	0,20	0,021			1,04
Periculosidade percebida contra outros	0,51	< 0,001			1,26
Periculosidade percebida contra si	0,20	0,046	0,53	0,51	1,35
Modelo sem a variáveis “Sexo”					
Estereotipagem negativa	0,16	0,081			1,01
Periculosidade percebida contra outros	0,47	< 0,001			1,24
Periculosidade percebida contra si	0,28	0,006	0,47	0,44	1,25

VIF = fator de inflação da variância.

4.4 FATORES ASSOCIADOS À OPINIÃO SOBRE O DIREITO DE VOTAR

Entre os 395 psiquiatras incluídos no estudo, 387 (98,0%) responderam à pergunta de opinião sobre o direito de votar de pessoas com esquizofrenia. A **Tabela 13** exibe as associações entre essa variável e as variáveis sociodemográficas e de estereotipagem. A única associação significativa foi com a variável “Periculosidade percebida contra outros”: a proporção de psiquiatras que discordaram do direito de votar foi maior entre os que consideraram pessoas com esquizofrenia moderadamente ou muito prováveis de fazer algo violento contra outras pessoas. Quando essa variável foi tratada como uma medida numérica, o grupo que discordou do direito de votar apresentou pontuação significativamente maior que o grupo que concordou. A variável como medida numérica foi então inserida como preditora em um modelo de regressão logística binária simples, mostrado na **Tabela 14**. No modelo a associação foi significativa, porém com um tamanho de efeito bastante modesto.

Tabela 13 - Fatores associado à opinião de médicos psiquiatras sobre o direito de votar de pessoas com esquizofrenia (n = 387).

Variáveis	Opinião sobre o direito de votar		p
	Concorda n = 320 (82,7%)	Discorda n = 67 (17,3%)	
SOCIODEMOGRÁFICAS			
Sexo ^a			
Feminino	137 (42,9%)	29 (43,3%)	0,960
Masculino	182 (57,1%)	38 (56,7%)	
Idade ^b	39,0 (33,0 – 52,5)	38,0 (34,0 – 52,0)	0,910
Formação			
Residência médica	243 (75,9%)	50 (74,6%)	0,820
Mestrado ou doutorado	77 (24,1%)	17 (25,4%)	
Região do Brasil ^b			
Sudeste, Sul ou Centro-oeste	267 (84,0%)	52 (78,8%)	0,308
Nordeste ou Norte	51 (16,0%)	14 (21,2%)	
Alocação de trabalho			
Excl. ou predomin. em serviço público	95 (29,7%)	18 (26,9%)	0,875
Similar em serviço público e privado	97 (30,3%)	22 (32,8%)	
Excl. ou predomin. em serviço privado	128 (40,0%)	27 (40,3%)	
Atividades didáticas ^a			
Não	137 (42,8%)	28 (42,4%)	0,954
Sim	183 (57,2%)	38 (57,6%)	
DE ESTEREOTIPAGEM			
Estereotipagem negativa ^c	2,3 (2,0 – 2,5)	2,3 (2,0 – 2,5)	0,962
Periculosidade percebida contra outros ^d			
Nada ou pouco provável	208 (67,5%)	35 (54,7%)	0,049
Moderadamente ou muito provável	100 (32,5%)	29 (45,3%)	
Como variável numérica	1,0 (1,0 – 2,0)	1,0 (1,0 – 2,0)	
Periculosidade percebida contra si ^e			
Nada ou pouco provável	92 (30,1%)	22 (34,4%)	0,498
Moderadamente ou muito provável	214 (69,9%)	42 (65,6%)	
Como variável numérica	2,0 (1,0 – 2,0)	2,0 (1,0 – 2,0)	

Dados faltantes: ^a 1, ^b 3, ^c 16, ^d 15, ^e 17.

Tabela 14 - Modelo de regressão logística binária simples para a opinião de médicos psiquiatras sobre o direito de votar de pessoas com esquizofrenia (n = 372).

Desfecho: Concorda com direito de votar n = 308 (82,8%) Discorda com direito de votar n = 64 (17,2%)				
Variáveis	B	Razão de chances (IC 95%)	p	NR²
Periculosidade percebida contra outros	0,45	1,56 (1,02 – 2,39)	0,039	0,02

IC = intervalo de confiança, NR² = R² de Nagelkerke.

Todos os 79 médicos não psiquiatras incluídos no estudo responderam à pergunta de opinião sobre o direito de votar. A **Tabela 15** exibe que a proporção de médicos não psiquiatras que discordaram do direito de votar foi significativamente maior entre os que consideraram pessoas com esquizofrenia moderadamente ou muito prováveis de fazer algo violento contra os outros. Quando essa variável foi tratada como numérica, o grupo que discordou do direito de voto apresentou pontuação significativamente maior que o grupo de concordou. A variável numérica foi então inserida como preditora em um modelo de regressão logística binária simples, mostrado na **Tabela 16**. A associação foi estatisticamente significativa no modelo.

Tabela 15 - Fatores associado à opinião de médicos não psiquiatras sobre o direito de votar de pessoas com esquizofrenia (n = 79).

Variáveis	Opinião sobre o direito de votar		p
	Concorda n = 56 (70,9%)	Discorda n = 23 (29,1%)	
SOCIODEMOGRÁFICAS			
Sexo			
Feminino	34 (60,7%)	15 (65,2%)	0,708
Masculino	22 (39,3%)	8 (34,8%)	
Idade	36,5 (30,0 – 50,0)	32,0 (30,0 – 42,0)	0,534
Formação^a			
Residência médica	40 (76,9%)	18 (78,3%)	0,898
Mestrado ou doutorado	12 (23,%)	5 (21,7%)	
Alocação de trabalho			
Excl. ou predomin. em serviço público	47 (83,9%)	16 (69,6%)	0,217
Similar ou predomin. ou excl. serviço privado	9 (16,1%)	7 (30,4%)	
Atividades didáticas			
Não	16 (28,6%)	8 (34,8%)	0,586
Sim	40 (71,4%)	15 (65,2%)	
DE ESTEREOTIPAGEM			
Estereotipagem negativa	2,3 (2,2 – 2,5)	2,2 (2,0 – 2,7)	0,912
Periculosidade percebida contra outros^b			
Nada ou pouco provável	31 (60,8%)	5 (22,7%)	0,003
Moderadamente ou muito provável	20 (39,2%)	17 (77,3%)	
Como variável numérica	1,0 (1,0 – 2,0)	2,0 (1,8 – 2,3)	
Periculosidade percebida contra si^c			
Nada ou pouco provável	14 (25,9%)	7 (31,8%)	0,605
Moderadamente ou muito provável	40 (74,1%)	15 (68,2%)	
Como variável numérica	2,0 (1,0 – 2,0)	2,0 (1,0 – 3,0)	

Dados faltantes: ^a 4, ^b 6, ^c 3.

Tabela 16 - Modelo de regressão logística binária simples para a opinião de médicos não psiquiatras sobre o direito de votar de pessoas com esquizofrenia (n = 73).

Desfecho: Concorda com direito de votar n = 51 (69,9%) Discorda com direito de votar n = 22 (30,1%)				
Preditor	B	Razão de chances (IC 95%)	p	NR²
Periculosidade percebida contra outros	1,19	3,28 (1,45 – 7,43)	0,004	0,17

IC = intervalo de confiança, NR² = R² de Nagelkerke.

4.5 COMPARAÇÃO ENTRE MÉDICOS PSIQUIATRAS E NÃO PSIQUIATRAS

As análises anteriores investigaram separadamente as amostras de médicos psiquiatras e não psiquiatras. A **Tabela 17** mostra a comparação direta entre os grupos. Houve diferença significativa na frequência dos sexos e os não psiquiatras eram significativamente mais jovens e tinham maior frequência de alocação de trabalho no serviço público e de realização de atividades didáticas. Ainda, os não psiquiatras tiveram periculosidade percebida contra outros, desejo de distância social e discordância sobre o direito de votar significativamente maiores.

Tabela 17 - Comparação de médicos psiquiatras e não psiquiatras quanto a variáveis sociodemográficas, de estereotipagem e relacionadas ao preconceito contra pessoas com esquizofrenia.

Variáveis	Não psiquiatras	Psiquiatras	p
	<i>n</i> = 79 (16,7%)	<i>n</i> = 395 (83,3%)	
SOCIODEMOGRÁFICAS			
Sexo ^a			
Feminino	49 (62,0%)	168 (42,6%)	
Masculino	30 (38,0%)	226 (57,4%)	0,002
Idade ^b	36,5 (30,0 – 48,3)	39,0 (33,0 – 53,0)	0,003
Formação ^c			
Residência médica	58 (77,3%)	299 (75,7%)	
Mestrado ou doutorado	17 (22,7%)	96 (24,3%)	0,761
Alocação de trabalho			
Excl. ou predomin. em serviço público	63 (79,7%)	115 (29,1%)	
Similar em serviço público e privado	8 (10,1%)	122 (30,9%)	
Excl. ou predomin. em serviço privado	8 (10,1%)	158 (40,0%)	< 0,0001
Atividades didáticas ^a			
Não	24 (30,4%)	170 (43,1%)	
Sim	55 (69,6%)	224 (56,9%)	0,035
DE ESTEREOTIPAGEM			
Estereotipagem negativa ^d	2,3 (2,2 – 2,5)	2,3 (2,0 – 2,5)	0,899
Periculosidade percebida contra outros ^e	2,0 (1,0 – 2,0)	1,0 (1,0 – 2,0)	0,005
Periculosidade percebida contra si ^f	2,0 (1,0 – 2,0)	2,0 (1,0 – 2,0)	0,266
RELACIONADAS AO PRECONCEITO			
Desejo de distância social ^g	1,7 (1,4 – 2,0)	1,6 (1,3 – 1,7)	< 0,0001
Opinião sobre o direito de votar ^h			
Concorda	56 (70,9%)	320 (82,7%)	
Discorda	23 (29,1%)	67 (17,3%)	0,015

Dados faltantes: ^a 1, ^b 3, ^c 4, ^d 21, ^e 22, ^f 20, ^g 6, ^h 8.

4.6 PAPEL DA ESPECIALIDADE MÉDICA NAS VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PRECONCEITO

Considerando as diferenças observadas na comparação anterior, realizamos análises adicionais com o intuito de investigar o papel da especialidade médica como preditor dos desfechos de desejo de distância social e opinião sobre o direito de votar de pessoas com esquizofrenia. Nessas análises médicos psiquiatras e não psiquiatras formaram uma única amostra. Também foram incluídos como preditores nos modelos as variáveis associadas aos desfechos nas análises prévias. O modelo de regressão linear múltipla da *Tabela 18* mostra que a especialidade médica de psiquiatria foi um preditor significativo de um menor desejo de distância social, independentemente do sexo, estereotipagem negativa e periculosidade percebida contra outros ou contra si. O modelo de regressão logística binária múltipla da *Tabela 19* mostra que psiquiatras tiveram uma redução de 45% na chance de discordar do direito de votar de pessoas com esquizofrenia comparados aos não psiquiatras. Essa redução foi significativa e independente da periculosidade percebida contra outros.

Tabela 18 - Modelo de regressão linear múltipla para desejo de distância social em relação a pessoas com esquizofrenia incluindo especialidade médica como preditor (n = 425).

Variáveis	β	p	R^2	R^2 ajustado	VIF
Sexo masculino	-0,01	0,881			1,05
Estereotipagem negativa	0,09	0,045			1,04
Periculosidade percebida contra outros	0,33	< 0,0001			1,33
Periculosidade percebida contra si	0,17	< 0,0001			1,28
Especialidade médica psiquiatra	-0,15	0,001	0,25	0,25	1,04

VIF = fator de inflação da variância.

Tabela 19 - Modelo de regressão logística binária múltipla para a opinião sobre o direito de votar de pessoas com esquizofrenia incluindo especialidade médica como preditor (n = 445).

Desfecho: Concorda com direito de votar $n = 359$ (80,7%) Discorda com direito de votar $n = 86$ (19,3%)				
Preditor	β	Razão de chances (IC 95%)	p	NR^2
Periculosidade percebida contra outros	0,62	1,86 (1,29 – 2,69)	0,001	
Especialidade médica psiquiatra	-	0,55 (0,31 – 0,99)	0,045	0,06
	0,60			

IC = intervalo de confiança, $NR^2 = R^2$ de Nagelkerke.

As análises acima também mostraram que, na amostra de médicos como um todo, uma maior estereotipagem negativa e uma maior periculosidade percebida contra outros e contra si foram preditores significativos de um maior desejo de distância social. Similarmente, uma maior periculosidade percebida contra outros se associou com uma chance maior de discordar do direito de votar. Em geral, essas associações já tinham sido evidenciadas nas análises das amostras em separado, porém com tamanhos de efeitos diferentes entre psiquiatras e não psiquiatras. Conjecturamos então que a especialidade médica poderia ser um modificador de efeito e testamos essa hipótese em análises de interação.

A **Figura 1** mostra o gráfico de interação em uma regressão linear múltipla com os preditores estereotipagem negativa e especialidade médica e o desfecho desejo de distância social. Houve efeito significativo da estereotipagem negativa ($\beta = 0,35$; $p < 0,002$) e da especialidade médica ($\beta = -0,21$; $p < 0,0001$), mas não da interação entre essas variáveis ($\beta = -0,184$; $p = 0,108$). A **Figura 2** mostra o gráfico de interação em uma análise com os preditores periculosidade percebida contra outros e especialidade médica. Houve efeito significativo da periculosidade percebida contra outros ($\beta = 0,643$; $p < 0,0001$), da especialidade médica ($\beta = -0,11$; $p = 0,011$) e da interação entre as duas variáveis ($\beta = -0,256$; $p = 0,006$). A **Figura 3** mostra o gráfico de interação em uma análise com os preditores periculosidade percebida contra si e especialidade médica. Houve efeito significativo da periculosidade percebida contra si ($\beta = 0,59$; $p < 0,0001$), da especialidade médica ($\beta = -0,17$; $p < 0,0001$) e da interação entre as duas variáveis ($\beta = -0,290$; $p = 0,005$). Em resumo, a especialidade médica foi um modificador dos efeitos da periculosidade percebida contra outros e contra si no desejo de distância social, sendo os efeitos atenuados na especialidade de psiquiatria.

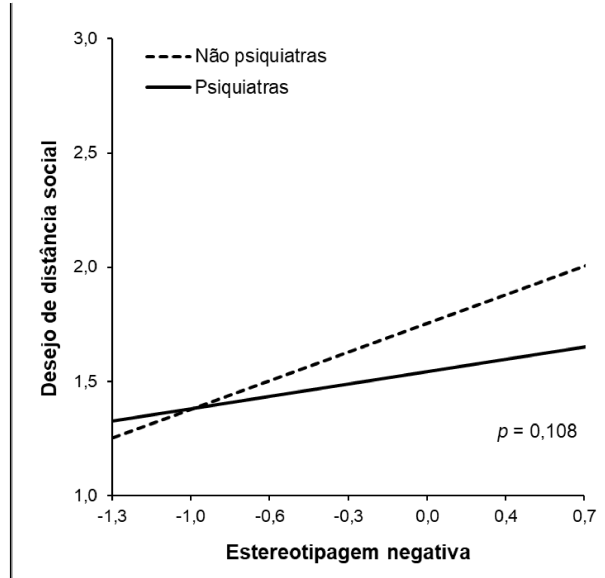


Figura 1 - Interação entre estereotipagem negativa e especialidade médica no desejo de distância social.

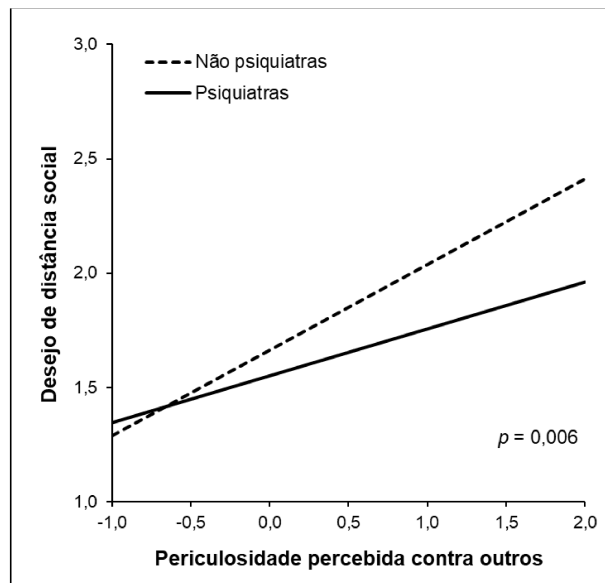


Figura 2 - Interação entre periculosidade percebida contra outros e especialidade médica no desejo de distância social.

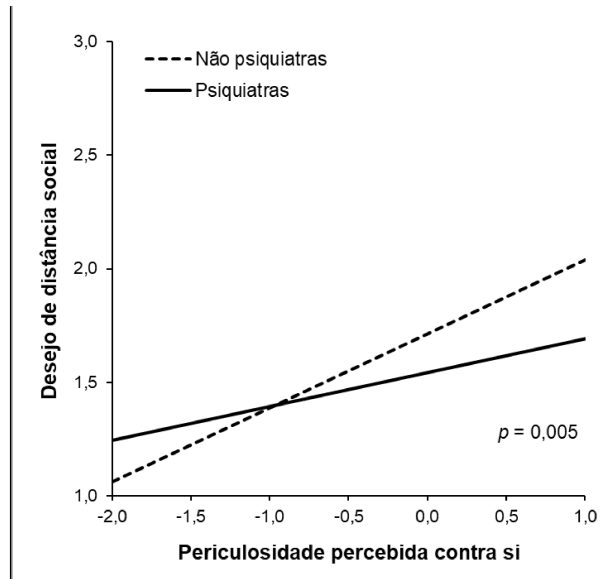


Figura 3 - Interação entre periculosidade percebida contra si e especialidade médica no desejo de distância social.

Finalmente, foi feita uma análise de regressão logística binária múltipla para investigar o efeito da interação entre os preditores especialidade médica e periculosidade percebida contra outros no desfecho opinião sobre o direito de votar de pessoas com esquizofrenia. O gráfico de interação é mostrado na **Figura 4**. Houve um efeito significativo da periculosidade percebida contra outros ($B = 1,19$; $p = 0,004$), mas não da especialidade médica ($B = -0,39$; $p = 0,262$) nem da interação entre as duas variáveis ($B = -0,74$; $p = 0,114$).

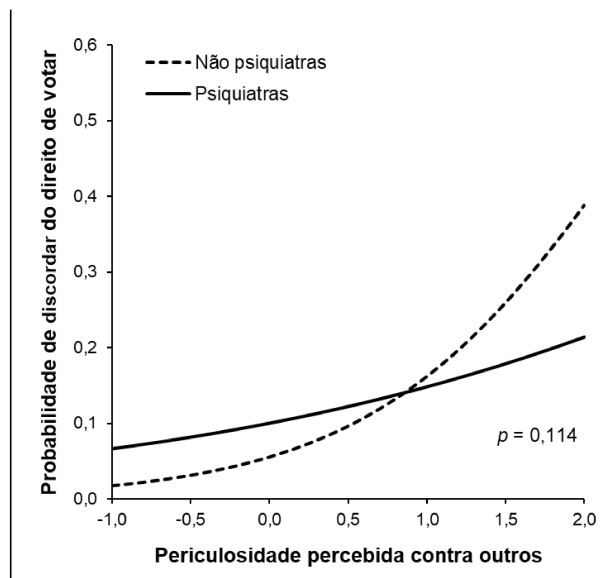


Figura 4 - Interação entre periculosidade percebida contra outros e especialidade médica na opinião sobre o direito de votar.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo recrutou uma amostra de 395 médicos psiquiatras atuantes nas diferentes regiões do Brasil e 79 médicos não psiquiatras atuantes na Grande Florianópolis e avaliou variáveis sociodemográficas básicas, variáveis de estereotipagem da esquizofrenia (estereotipagem negativa e periculosidade percebida contra outros e contra si) e variáveis relacionadas ao preconceito contra pessoas com esquizofrenia (desejo de distância social e opinião sobre o direito de votar). Os estereótipos de “esquisito” e “imprevisível” para esquizofrenia foram comuns em ambas as amostras, assim como o desejo de distância social em situações de maior proximidade (ex: cuidar dos filhos, alugar um quarto, casamento na família). Na amostra de médicos psiquiatras, uma maior periculosidade percebida contra outros e contra si foram preditores independentes de um maior desejo de distância social, respondendo por cerca de 17% da variância desse desfecho. Ainda, uma maior periculosidade percebida contra outros foi capaz de prever significativamente uma maior frequência de discordância com o direito de votar, porém com um tamanho de efeito relativamente modesto (razão de chances = 1,56). Na amostra de médicos não psiquiatras, sexo feminino, maior estereotipagem negativa e maior periculosidade percebida contra outros e contra si foram capazes de prever independentemente um maior desejo de distância social, explicando aproximadamente 53% da variância desse desfecho. Além disso, uma maior periculosidade percebida contra outros foi capaz de prever significativamente uma maior frequência de discordância com o direito de votar nessa amostra (razão de chances = 3,28). Em comparação direta com os médicos psiquiatras, os médicos não psiquiatras relataram maior periculosidade percebida contra outros, maior desejo de distância social e discordância mais frequente com o direito de votar. Ainda, a especialidade médica foi um preditor independente das variáveis relacionadas ao preconceito. Por fim, análises de interação evidenciaram também modificação de efeito significativa da especialidade médica na associação entre as variáveis de estereotipagem e relacionadas ao preconceito, com um efeito mais atenuado para a especialidade de psiquiatria.

Em relação as variáveis de estereotipagem, observou-se que os estereótipos mais frequentes nos dois grupos de nossa pesquisa foram “esquisito” e “imprevisível”. Os mesmos estereótipos negativos foram os mais frequentes em um estudo realizado com 1414 psiquiatras brasileiros em 2009 e em uma amostra da população geral brasileira em 2001 (LOCH et al., 2013). Nesse mesmo estudo, para a amostra da população geral, foi apresentada uma vinheta descrevendo um caso de esquizofrenia de acordo com os critérios do DSM-IV. Os autores

encontraram que quanto maior a identificação e o reconhecimento do transtorno, maior era o relato de estereótipos negativos (LOCH et al., 2013). A estereotipagem negativa em relação a esquizofrenia também é encontrada em médicos de países e culturas diferentes. Por exemplo, um estudo feito na Nigéria, avaliando uma amostra de 312 médicos gerais de oito instituições, encontrou que 85,9% desses profissionais consideravam o atributo imprevisível e 70,5% o atributo perigoso como presente em pessoas com esquizofrenia (ADEWUYA; OGUNTADE, 2007). Desse modo, observa-se que a ideia preconcebida de que pessoas com transtorno mental são imprevisíveis e perigosas persiste no meio médico independentemente da cultura. Publicações leigas com frequência reforçam esses estereótipos, mas esse tipo de viés também tem sido visto em publicações científicas. Por exemplo, uma revisão (CHOE; TEPLIN; ABRAM, 2008) avaliando estudos publicados desde 1990 sobre a perpetração ou vitimização de violência entre pessoas com doença mental grave identificou que a maioria dos estudos avaliaram apenas a perpetração de violência (cerca de 13 vezes mais publicações). Outro ponto levantado pelo estudo foi que boa parte das pesquisas avaliaram perpetração de violência somente em amostras de pacientes internados, e os estudos maiores e mais citados avaliaram pacientes sob internação involuntária, situação que corresponde à minoria das hospitalizações psiquiátricas, mas que é um conhecido marcador de violência subsequente.

Sobre o componente de preconceito do estigma, nosso estudo mostrou que a situação com menor aceitação de proximidade social tanto entre médicos psiquiatras e não psiquiatras seria a de uma pessoa com esquizofrenia cuidar dos filhos do respondente. Esse dado foi encontrado em estudos na mesma linha, por Odewuya e Oguntade com amostra de médicos gerais e por Lauber et al., no qual foi pesquisado o desejo de distância social de 90 médicos psiquiatras na Suíça (ADEWUYA; OGUNTADE, 2007; LAUBER et al, 2004). Outras situações de maior proximidade social, como casamento na família e alugar um quarto, também foram as de menor aceitação. De forma geral, pesquisas avaliando amostra da população, médicos, psiquiatras e estudantes, demonstraram que o nível de desejo de distância social aumentava quanto mais a situação descrita implicava em proximidade social (LAUBER et al, 2004; MAGLIANO et al., 2004).

Na amostra de médicos não psiquiatras, encontramos que o sexo feminino esteve significativamente associado com um a maior desejo de distância social. Esse achado foi semelhante ao de outros estudos realizados em amostras médicas e da comunidade (ADEWUYA; OGUNTADE, 2007; ANGERMEYER; MATSCHINGER, 2003). No entanto, há também na literatura estudos que não mostraram diferença ou que sugeriram que os homens

têm maior desejo de distância social em relação à esquizofrenia e outros transtornos mentais (REAVLEY et al., 2014; YAP; MACKINNON; REAVLEY, 2013; JORM; REAVLEY; ROSS, 2012). Desse modo, o papel do gênero nessa medida de estigma não está bem esclarecido.

No que diz respeito a percepção de periculosidade, em nosso estudo 69% dos médicos psiquiatras e 72,3% dos médicos não psiquiatras consideraram moderadamente ou muito provável que pacientes com esquizofrenia fizessem algo violento contra si mesmo. Mesmo com a diferença de instrumentos de mensuração, essas taxas parecem mais elevadas que, por exemplo, o que foi encontrado por Magliano e colaboradores em 322 médicos clínicos. Esses autores descreveram que 30% dos médicos relataram que pessoas com esquizofrenia eram perigosas para si próprias e 25,4% acreditavam em uma alta periculosidade contra os outros. Os autores identificaram que as percepções de periculosidade contra si e contra outros estavam relacionadas a crenças potencialmente discriminatórias em enfermarias de hospitais gerais, tais como que pacientes com esquizofrenia deveriam ser separados ou mantidos a distância por criarem desconforto para outros pacientes, que deveriam ser mais supervisionados (por exemplo, com um enfermeiro adicional para isso) e que sempre deveriam ser examinados por um psiquiatra. Os autores concluíram que a percepção de periculosidade tem um papel potencial importante em influenciar diretamente ou indiretamente comportamentos discriminatórios, até mesmo em contextos de prestação de cuidados de saúde (MAGLIANO et al, 2017).

Em um estudo realizado na população brasileira, na cidade de São Paulo, Peluso e Blay encontraram que a periculosidade percebida contra outras pessoas estava presente na maioria dos respondentes (PELUSO; BLAY, 2011). Tendências semelhantes foram relatadas em estudos internacionais, que descrevem que o público geral faz uma associação entre risco de violência contra outros e esquizofrenia (ANGERMEYER; MATSCHINGER, 2003.). Alguns estudiosos consideram que a representação na mídia das doenças mentais de modo geral e da esquizofrenia em específico tem um papel na gênese e persistência dessa dimensão do estigma. Por exemplo, um levantamento da mídia brasileira em 2008 e 2011 demonstrou que a maioria dos registros sobre esquizofrenia estava relacionado a crimes e violência ou fazia um uso metafórico negativo da palavra (GUARNIERO; BELLINGHINI; GATTAZ, 2017). A percepção de periculosidade do público geral em relação ao risco de violência na esquizofrenia é tida como exagerada, na medida em que estudos demonstram que fatores específicos como idade, problemas com substâncias e traços antissociais de personalidade seriam os determinantes principais de violência nessa população (ANGERMEYER, 2000; WASH; BUCHANAN; FAHY, 2002).

Em relação a transtornos mentais, estereótipos de periculosidade são considerados determinantes importantes do desejo do público em geral por maior distância social de pessoas com esquizofrenia. Siltan e colegas avaliaram uma grande amostra representativa da população dos Estados Unidos com dados coletados em 1996 e 2006 usando vinhetas de esquizofrenia, depressão e transtorno de uso de álcool (SILTON et al., 2011). Os autores descobriram que perceber o personagem da vinheta como perigoso estava fortemente associado a um maior desejo de distância social, independentemente do transtorno descrito, outras características do personagem da vinheta ou características sociodemográficas dos participantes. O modelo final incluindo essas variáveis explicou 27% da variância do desejo de distância social. Não temos conhecimento de um estudo mais recente do público em geral abordando de forma abrangente essa questão, mas é provável que o impacto da periculosidade percebida no desejo de distância social ainda seja relevante na atualidade, uma vez que tem sido observado um aumento nas taxas de estereotipagem de periculosidade do público geral em relação à esquizofrenia (PESCOSOLIDO et al., 2019).

Outros estudos já haviam descrito a associação entre periculosidade percebida e desejo de distância social entre o público em geral, com coeficientes de correlação mais elevados para esquizofrenia em comparação com depressão, por exemplo (JORM et al., 2012; ANGERMEYER; MATSCHINGER, 2003). Por outro lado, poucos estudos investigaram a relação entre essas variáveis entre profissionais de saúde. Grausgruber e colegas avaliaram uma amostra representativa da população austríaca, bem como familiares de pessoas com doenças mentais e profissionais de saúde mental não médicos (GRAUSGRUBER et al., 2007). Análises com múltiplas variáveis revelaram que a periculosidade percebida foi um preditor significativo do desejo de distância social apenas na população em geral. Outro estudo, conduzido nos Estados Unidos, relatou uma correlação significativa, porém fraca, entre essas variáveis em uma amostra combinando participantes do público em geral, pacientes e seus familiares e profissionais de saúde mental (a maioria deles psiquiatras ou assistentes sociais) (VAN DORN et al., 2005).

Compreender o estigma e seus componentes é o primeiro passo no desenvolvimento de estratégias para sua redução, por isso se faz necessário explorar os componentes do estigma entre diferentes grupos sociais. Profissionais de saúde desempenham papéis fundamentais na recuperação de uma pessoa com transtorno mental. Na área de saúde mental, médicos de diferentes especialidades, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais precisam trabalhar em colaboração para fornecer um serviço de qualidade e com foco no paciente. Além do efeito

multiplicador das opiniões e crenças, existe a necessidade de os profissionais de saúde estarem cientes de suas próprias atitudes diante daqueles com transtornos mentais e das consequências que comportamentos discriminatórios podem ter em pacientes, familiares e políticas de saúde. (HORSFALL; CLEARY; HUNT, 2010). Entre os profissionais de saúde, é possível que os médicos não psiquiatras constituam uma população na qual abordagens antiestigma devam ser priorizadas, como sugerido por um estudo australiano que mostrou que médicos gerais apresentaram maior percepção de periculosidade e maior atribuição de fraqueza pessoal em relação a pessoas com diferentes transtornos mentais, quando comparados com médicos psiquiatras e psicólogos clínicos (REAVLEY et al., 2014).

Tanto quanto sabemos, nosso estudo é o primeiro no Brasil que comparou componentes do estigma em relação à esquizofrenia entre grupos profissionais da área médica. Nosso trabalho contribui com a literatura ao recrutar especificamente psiquiatras e médicos não psiquiatras, investigando estereótipos negativos e duas dimensões da periculosidade percebida como determinantes do desejo de distância social. Mesmo a nível internacional, a pesquisa nessa área levando em consideração esses parâmetros é bastante limitada. Nossos resultados apontaram que, entre os médicos psiquiatras, apenas as variáveis de periculosidade percebida foram preditores significativos do desejo de distância social. Entre os médicos não psiquiatras, a estereotipagem negativa foi um preditor significativo de desejo de distância social apenas quando o sexo dos participantes foi levado em consideração. Isso indica que, de forma semelhante ao que acontece com o público em geral, a periculosidade percebida é uma parte importante do componente de estereotipagem de médicos em relação à esquizofrenia. De fato, nossos resultados sugerem que a periculosidade é o estereótipo mais importante entre médicos psiquiatras na determinação do desejo de distância social em relação a pessoas com esquizofrenia, já que outras formas de estereotipagem não foram preditores significativos. É digno de nota que, apesar dos avanços no tratamento de indivíduos com esquizofrenia, a periculosidade é um tipo de estereotipagem bastante presente, mesmo em indivíduos com elevado nível de instrução geral e conhecimentos específicos sobre o tema.

A estereotipagem negativa e a periculosidade percebida em relação aos outros e a si explicaram uma proporção maior da variação do desejo de distância social entre médicos não psiquiatras do que entre psiquiatras. Além disso, a psiquiatria como especialidade médica foi um preditor independente de um menor desejo por distância social e atenuou os efeitos da periculosidade percebida em relação aos outros e a si mesmo sobre esse desfecho. Isso está de acordo com a noção de que os profissionais de saúde mental têm menos crenças e atitudes

negativas do que outros profissionais de saúde, embora os poucos estudos que avaliaram psiquiatras tenham tido achados inconsistentes (VALERY E PROTEAU, 2020). Pode-se especular que os psiquiatras talvez constituam uma população pré-selecionada que escolheu (ou não descartou) a especialidade por ter uma atitude prévia mais positiva em relação aos transtornos mentais. Outra possibilidade é que o treinamento em psiquiatria tenha efeitos antiestigma, uma vez que promove intrinsecamente a educação em saúde mental e o contato com pacientes e familiares (MORGAN et al., 2018). Embora o contato profissional tenha um potencial limitado para desafiar os estereótipos do transtorno mental (HENDERSON et al., 2014), os psiquiatras tendem a ter um maior conhecimento da vida pessoal de seus pacientes que outros médicos. Por outro lado, também é possível que os psiquiatras estejam em uma posição em que se sintam pressionados a expressar opiniões socialmente aceitáveis; neste caso, o estigma menor em comparação com outros médicos e o público em geral pode, pelo menos parcialmente, refletir um viés da desejabilidade social (LINK et al., 2004).

A essa altura, vale lembrar que os psiquiatras não constituem uma população homogênea no que diz respeito ao estigma contra a esquizofrenia. Por exemplo, uma análise de classes latentes publicada recentemente por nosso grupo identificou três grupos de níveis de estigma entre psiquiatras, com o subgrupo com maior estigma compreendendo mais da metade dos participantes (DA SILVA et al., 2020).

Em 2008, a Organização Mundial da Saúde emitiu um alerta sobre a inadequação de leis e políticas para os direitos das pessoas com transtornos mentais na maioria dos países (WHO, 2008). Opiniões sobre restrições sociais, isto é, se as pessoas com doenças mentais devem ser impedidas de realizar certas atividades da vida civil, é uma outra medida de estigma que tem sido empregada por estudos que avaliam o público em geral (LINK et al., 2004). Por exemplo, entre participantes do público em geral de vários países, 65% e 55% concordaram que as pessoas com doença mental não deveriam ensinar crianças ou ocupar cargos públicos, respectivamente (PESCOSOLIDO; MARTIN, 2015). Nordt e colaboradores (2006) avaliaram a opinião sobre restrições sociais no público em geral e entre profissionais de saúde mental na Suíça, e demonstraram que aproximadamente três vezes mais pessoas da população geral apoiavam a restrição do direito de votar, em comparação aos profissionais de saúde mental. A literatura sobre restrições sociais diversas avaliando profissionais de saúde não é extensa, mas mostra que, de modo geral, profissionais de saúde mental têm opiniões menos restritivas que o público geral, exceto no caso de tratamento involuntário (HENDERSON et al., 2014). Vale lembrar que o tratamento involuntário é via de regra ensinado e entendido entre profissionais

de saúde mental como uma forma de possibilitar o tratamento e ajudar os pacientes, em última análise. Mesmo assim, as opiniões restritivas são comuns no caso da esquizofrenia, como exemplificado por estudos que descreveram que aproximadamente um quarto dos profissionais de saúde mental apoiavam a restrição ao direito de voto (LOCH et al., 2013b; MAGLIANO et al., 2004).

Em nosso estudo, uma especialidade médica que não a psiquiatria foi um preditor independente de discordância com o direito de voto. Semelhante ao que encontramos para o desejo de distância social, isso está de acordo com pesquisas anteriores que mostram atitudes menos negativas entre os profissionais de saúde mental, embora sejam escassos os estudos desse tipo de desfecho que recrutaram especificamente psiquiatras (VALERY; PROUTEAU, 2020). Também encontramos que a periculosidade percebida em relação aos outros foi o único preditor significativo de desacordo com o direito de voto tanto entre psiquiatras quanto entre médicos não psiquiatras. Enquanto o desejo de distância social reflete um aspecto bastante pessoal do estigma público, opiniões sobre restrições sociais têm um caráter mais coletivo que é evidente no caso do direito de votar. Assim, a periculosidade percebida em relação aos outros parece ter efeitos pervasivos que vão além do nível pessoal. Restrições sociais podem reforçar os desequilíbrios existentes em estruturas da sociedade, promovendo o estigma estrutural. Desse modo, cabe aos profissionais de saúde examinar cuidadosamente suas próprias atitudes e reconhecer estereótipos negativos e preconceitos que podem influenciar o acesso dos pacientes ao um melhor atendimento.

Algumas limitações devem ser consideradas no presente estudo. Em primeiro lugar, as amostras foram recrutadas por conveniência e em um ambiente bastante particular, no caso dos psiquiatras (um grande congresso médico internacional). Isso deve ser levado em consideração ao se tentar extrapolar os resultados para outras populações. Em segundo lugar, as medidas que usamos para avaliar estigma carecem de adaptação e validação transcultural formal no Brasil. No entanto, parece improvável que existam grandes problemas de validade, uma vez que elas têm sido empregadas em diversos estudos brasileiros, com resultados consistentes com os encontrados em outros países (LOCH et al., 2013a; LOCH et al., 2013b; PELUSO; BLAY, 2011). Uma outra limitação é não podermos fazer o controle do viés de seleção, visto que pois a taxa de resposta não foi mensurada em ambas as amostras. E também o fato de que não fizemos o controle do viés da desejabilidade social. O viés da desejabilidade social é comum em estudos que abordam tópicos sensíveis, embora não seja considerado grave na pesquisa de estigma dos transtornos psiquiátricos (LINK et al., 2004). Mesmo assim, tentamos minimizar

esse viés empregando questionários anônimos e autoaplicáveis, que é uma estratégia reconhecida de longa data (NEDERHOF, 1985). Outro ponto a ser discutido é que os participantes forneceram respostas com base apenas no rótulo de esquizofrenia, sem informações clínicas sobre gravidade, incapacidade ou tratamento, como costuma ser o caso de estudos empregando vinhetas. Esses tipos de informação afetam atitudes estigmatizantes entre o público leigo (GAEBEL et al., 2006), mas não está claro até que ponto isso pode ser importante entre os médicos, e pode-se argumentar que o uso de um rótulo diagnóstico é uma estratégia eficaz para evocar um estereótipo geral de esquizofrenia.

Identificar os fatores subjacentes ao estigma das doenças mentais em diferentes populações, incluindo médicos, é relevante para se compreender os mecanismos de estigma em grupos específicos e se planejar intervenções destinadas a reduzi-lo. Intervenções contra o estigma público é uma área de pesquisa incipiente, principalmente em países em desenvolvimento, onde a expansão do conhecimento é necessária para a adaptação cultural das abordagens existentes ou o desenvolvimento de novas estratégias (HEIM et al., 2018; HENDERSON et al., 2014).

Entre populações de médicos, a periculosidade percebida pode operar de maneira semelhante ao que ocorre no público em geral na determinação do desejo de distância social, embora com um provável efeito atenuado no caso dos psiquiatras. É razoável interpretar a relação entre a periculosidade percebida contra os outros e o desejo de distância social como uma resposta ao um risco de dano pessoal com base em um estereótipo. Essa resposta, no entanto, tende a ser amplamente exagerada, e assim a periculosidade percebida talvez sirva como alvo específico para estratégias de educação e contato, principalmente no caso de médicos não psiquiatras e estudantes de medicina. Vale lembrar que as estratégias de contato dos profissionais de saúde devem ter um caráter social e pessoal, uma vez que é improvável que o contato profissional afete a estereotipagem (HENDERSON et al., 2014). Por outro lado, os efeitos da periculosidade percebida contra si mesmo podem estar ligados à evitação de sofrimento psicológico, incluindo dificuldades em lidar com temas complexos como suicídio e automutilação. Nesse caso, é possível que melhorar o treinamento médico nesses tópicos pode ter efeitos benéficos sobre o estigma. Por fim, nossos achados a respeito do impacto da periculosidade percebida contra os outros na opinião sobre o direito de votar podem ter implicações relacionadas ao estigma estrutural. Até agora, o estudo dos estereótipos de periculosidade no estigma estrutural tem se limitado ao tópico da cobertura da mídia sobre a violência nas doenças mentais, que não raramente é enviesada e sensacionalista (MCGINTY et

al., 2016). Frequentemente, médicos participam de maneira direta ou indireta na definição de políticas públicas ou institucionais que envolvem questões de saúde, seja individualmente ou por meio de organizações médicas. Em um nível teórico, é possível especular que os estereótipos de periculosidade poderiam afetar decisões individuais e ter assim impacto coletivo potencialmente danoso. Isso, no entanto, ainda precisa ser demonstrado empiricamente.

6. CONCLUSÃO

Como previsto pelo modelo geral de estigma, variáveis de estereotipagem se mostraram importantes preditores de desfechos relacionadas ao preconceito por parte de médicos em relação a pessoas com esquizofrenia. Essas associações tiveram um perfil um tanto similar entre médicos psiquiatras e não psiquiatras, mas foram mais atenuadas entre médicos psiquiatras. É bastante provável que médicos psiquiatras constituam uma população de menor propensão ao estigma público contra os transtornos mentais, tendo sido pré-selecionados já na escolha da especialidade médica. Por outro lado, de modo geral, médicos psiquiatras recebem uma educação sobre transtornos mentais muito mais ampla e aprofundada que os médicos não psiquiatras, e têm contato bem mais frequente e próximo com pessoas acometidas e seus familiares. Vale lembrar que a educação sobre os transtornos mentais e o contato com pessoas acometidas são conhecidas estratégias antiestigma de campanhas para o público geral. Desse modo, a aplicação dessas estratégias também pode ter resultados positivos na abordagem do estigma em populações de médicos não psiquiatras. Entre as variáveis de estereotipagem, houve destaque para a periculosidade percebida contra outros, delatando o conhecido estereótipo de violência da esquizofrenia, presente mesmo entre médicos psiquiatras. Esses achados mostram que estereótipo de violência é um alvo potencial de estratégias antiestigma em diferentes populações médicas. No entanto, a ocorrência dessa associação entre médicos psiquiatras com um tamanho de efeito não desprezível também sugere limites para as estratégias de educação e promoção de contato pessoal, evidenciando a necessidade do desenvolvimento de outras intervenções.

REFERÊNCIAS

- ADEWUYA, A. O.; OGUNTADE, A. A. Doctors' attitude towards people with mental illness in Western Nigeria. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.** v. 42, n. 11, p. 931-6, 2007.
- AL-KHOUKA, M. A.; CORRIGAN, P. W. Self-Stigma, Identity, and Co-Occurring Disorders. **Isr J Psychiatry Relat Sci.** v. 54, n. 1, p. 56-60, 2017.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- ANGERMEYER, M. C. Schizophrenia and violence. **Acta Psychiatr Scand Suppl.** v. 407, p. 63-7, 2000.
- ANGERMEYER, M. C.; SCHULZE, B. Reinforcing stereotypes: how the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. **Int J Law Psychiatry.** v. 24, n. 4-5, p. 469-86, 2001.
- ANGERMEYER, M. C.; MATSCHINGER, H. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. **Acta Psychiatr Scand,** v. 108, n. 4, p. 304-9, 2003.
- ANGERMEYER, M. C.; et al. The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. **Int J Soc Psychiatry.** v. 50, n. 2, p. 153-62, 2004.
- BOGARDUS, E. S. Measurement of Personal-Group Relations. **Sociometry,** v. 10, n. 4, p. 306-311, 1947.
- BRENNAN, P. A.; MEDNICK, S. A.; HODGINS, S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. **Arch Gen Psychiatry.** v. 57, n. 5, p. 494-500, 2000.
- BROHAN, E. et al. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. **BMC Health Serv Res.** v. 10, p. 80, 2010.
- CHOE, J. Y.; TEPLIN, L. A.; ABRAM, K. M. Perpetration of Violence, Violent Victimization, and Severe Mental Illness: Balancing Public Health Concerns. **Psychiatr Serv,** v. 59, n. 2, p. 153-64, 2008.
- CLEMENT, S. *et al.* What is the impact of mental health related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. **Psychol Med,** v. 45, n. 1, p. 11-27, 2015.

- CORKER, E. et al. Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008-2011. **Br J Psychiatry Suppl.** v. 55, p. 58-63, 2013.
- CORRIGAN, P. W. Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. **Psychiatr Serv.** v. 52, n. 7, p. 953-8, 2001.
- CORRIGAN, P. How stigma interferes with mental health care. **Am Psychol.** v. 59, n. 7, p. 614-25, 2004.
- CORRIGAN, P. W.; KERR, A.; KNUDSEN, L. The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. **Applied and Preventive Psychology**, v. 11, n. 3, p. 179-190, 2005.
- CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C. The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. **Clin Psychology.** v. 9, n. 1, p. 35-53, 2006.
- CORRIGAN, P. W. et al. Self-stigma and coming out about one's mental illness. **J Community Psychol.** v. 38, n. 3, p. 259-75, 2010.
- CORRIGAN, P. W.; RAFACZ, J.; RUSCH, N. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. **Psychiatry Res.** v. 189, n. 3, p. 339-43, 2011.
- CORRIGAN, P. W.; RAO, D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. **Can J Psychiatry**, v. 57, n. 8, p. 464-469, 2015.
- CRISP, A. H. Stigmatisation of people with mental illnesses. **Br J Psychiatry.** v. 177, p. 4-7, 2000.
- DA SILVA, A. G., *et al.* Stigma toward individuals with mental disorders among Brazilian psychiatrists: a latent class analysis. **Braz J Psychiatry**, jul 2020. Disponível em:https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462020005023203&tlng=en. Acessado em: 20 ago 2020
- DRUSS, B. G.; et al. Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. **JAMA.** v. 283, n. 4, p. 506-11, 2000.
- GAEBEL, W.; ZÄSKE, H.; BAUMANN, A. E. The relationship between mental illness severity and stigma. **Acta Psychiatr Scand Suppl**, FALTOU V , n. 429, p. 41-45, 2006.
- GOFFMAN, E. Stigma; Notes on the management of spoiled identity. **JASON ARONSON, NEW YORK, N.Y.** 1974.

GONÇALVEZ, R.; VIEIRA, F.; DELGADO, P. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev Saúde Pública**. v. 46, n. 1, p. 51-8, 2012.

GRAUSGRUBER, A., *et al.* Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: a comparison between the general public, relatives and mental health staff. **Acta Psychiatr Scand**, v. 115, n. 4, p. 310-319, 2007.

GRIFFITHS, K. M.; CHRISTENSEN, H. Commentary on ‘The Relationship Between Public Causal Beliefs and Social Distance Toward Mentally Ill People’. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**. v. 38, n. 5, p. 355–57, 2004.

GRONHOLM, P. C.; *et al.* Mental health-related stigma and pathways to care for people at risk of psychotic disorders or experiencing first-episode psychosis: a systematic review. **Psychol Med**. v. 47, n. 11, p. 1867-79, 2017.

GUARNIERO, F. B.; BELLINGHINI, R. H.; GATTAZ, W. F. The schizophrenia stigma and mass media: a search for news published by wide circulation media in Brazil. **Int Rev Psychiatry**. v. 29, n. 3, p. 241-7, 2017.

HAMRE, P.; DAHL, A. A.; MALT, U. F. Public attitudes to the quality of psychiatric treatment, psychiatric patients, and prevalence of mental disorders. **Nordic Journal of Psychiatry**, v. 48, n. 4, p. 275–81, 1994.

HATZENBUEHLER, M. L. Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. **Am Psychol**, v. 71, n. 8, p. 742-751, 2016.

HEIM, E., *et al.* Reducing mental health-related stigma in primary health care settings in low- and middle-income countries: a systematic review. **Epidemiol Psychiatr Sci**, v. 4, n. 29, 2018.

HENDERSON, C., *et al.* Mental health-related stigma in health care and mental healthcare settings. **Lancet Psychiatry**, v. 1, n. 6, p. 467-82, 2014.

HORSFALL, J.; CLEARY, M.; HUNT, G. E. Stigma in mental health: Clients and professionals. **Issues Ment Health Nurs**, v. 31, n. 7, p. 450-5, 2010.

JORM, A. F.; *et al.* Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. **Aust N Z J Psychiatry**. v. 33, n. 1, p. 77-83, 1999.

JORM, A. F.; REAVLEY, N. J.; ROSS, A. N. Belief in the dangerousness of people with mental disorders: A review. **Aust N Z J Psychiatry**, v. 46, n. 11, p. 1029-45, 2012.

- KARIDI, M. V. et al. Bipolar disorder and self-stigma: A comparison with schizophrenia. **J Affect Disord.** v. 184, p. 209-15, 2015.
- KOROUKIAN, S. M. et al. Mental illness and use of screening mammography among Medicaid beneficiaries. **Am J Prev Med.** v. 42, n. 6, p. 606-9, 2012.
- LARGE, M. M. et al. The predictive value of risk categorization in schizophrenia. **Harv Rev Psychiatry.** v. 19, n. 1, p. 25-33, 2011.
- LASALVIA, A.; et al. The role of experienced and anticipated discrimination in the lives of people with first-episode psychosis. **Psychiatr Serv.** v. 65, n. 8, p. 1034-40, 2014.
- LAUBER, C.; ANTHONY, M.; AJDACIC-GROSS, V.; RÖSSLER, W. What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? **Eur Psychiatry,** v. 19, n. 7, p. 423-7, 2004.
- LETHOBA, K. G.; NETSWERA, F. G., RANKHUMISE, E. How professional nurses in a general hospital setting perceive mentally ill patients. **Curationis.** v. 29, n. 4, p. 4-11, 2006.
- LINK, B. G. *et al.* The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. **American Journal of Sociology,** v. 92, n. 6, p. 1461–1500, 1987.
- LINK, B. G. et al. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. **Am J Public Health.** v. 89, n. 9, p. 1328-33, 1999.
- LINK, B. G.; PHELAN, JO. C. Conceptualizing Stigma. **Ann Rev of Sociology.** v. 27, p. 363-85, 2001.
- LINK, B.G., *et al.* Measuring mental illness stigma. **Schizophr Bull,** v. 30, n. 3, p. 511-41, 2004.
- LOCH, A. A. *et al.* Stigma toward schizophrenia: do all psychiatrists behave the same? Latent profile analysis of a national sample of psychiatrists in Brazil. **BMC Psychiatry,** v. 21, n.13, p. 92, mar 2013. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-92>. Acessado em: 20 abr. 2020.
- LOCH, A. A. *et al.* The more information, the more negative stigma towards schizophrenia: Brazilian general population and psychiatrists compared. **Psychiatry Res,** v. 205, n. 3, p. 185-91, 2013.

MAGLIANO, L., *et al.* Beliefs about schizophrenia in Italy: a comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. **Can J Psychiatry**, v. 49, n.5, p. 322-30, 2004.

MAGLIANO, L. *et al.* General practitioners' beliefs about people with schizophrenia and whether they should be subject to discriminatory treatment when in medical hospital: The mediating role of dangerousness perception. **Am J Orthopsychiatry**, v. 87, n. 5, p. 559-66, 2017.

MAI, Q. *et al.* Mental illness related disparities in diabetes prevalence, quality of care and outcomes: a population-based longitudinal study. **BMC Med.** v. 9, p. 118, 2011.

MARTIN, J. K.; Pescosolido, B. A.; Tuch, S. A. Of fear and loathing: The role of "disturbing behavior," labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. **Journal of Health and Social Behavior.** v. 41, n. 2, p. 208–23, 2000.

MCGINTY, E. E., *et al.* Trends In News Media Coverage Of Mental Illness In The United States: 1995-2014. **Health Aff**, v. 35, n. 6, p. 1121-9, 2016.

MCGORRY, P. D.; KILLACKEY, E.; YUNG, A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. **World Psychiatry.** v. 7, n. 3, p. 148-56, 2008.

MITTAL, D. *et al.* Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies: A Critical Review of the Literature. **Psychiatr Serv.** v. 63, n. 10, p. 974-81, 2012.

MORGAN, A. J., *et al.* Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. **Journal of Psychiatric Research**, v. 103, p. 120-33, 2018.

NEDERHOF, A. J. Methods of coping with social desirability bias: A review. **European Journal of Social Psychology**, v. 15, n. 3, p. 263-80, 1985.

NORDT, C; RÖSSLER, W; LAUBER, C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. **Schizophr Bull**, v. 32, n. 4, p. 709-14, 2006.

O'BRIEN, A. J.; MOIR, F.; THOM, K. The provision of mental health care by Primary Health Organisations in the northern region: Barriers and enablers. **J Primary H Care.** v. 1, n. 2, p.120-5, 2009.

PELUSO, E. T. P.; BLAY, S. L. Public stigma and schizophrenia in São Paulo city. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 33, n. 2, p. 130-6, 2011.

PESCOSOLIDO, B. A. The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. **Am J Public Health**. v. 89, n. 9, p. 1339-45, 1999.

PESCOSOLIDO, B. A., *et al.* "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. **Am J Psychiatry**, v. 167, n. 11, p. 1321-30, 2010. PESCOSOLIDO, B. A.; MARTIN, J. K. The Stigma Complex. **Annual Review of Sociology**, v. 41, n. 1, p. 87-116, 2015.

PESCOSOLIDO, B. A.; MANAGO, B.; MONAHAN, J. Evolving Public Views On The Likelihood Of Violence From People With Mental Illness: Stigma And Its Consequences. **Health Aff (Millwood)**, v. 38, n. 10, p. 1735-43, 2019.

PHELAN, JO. C. *et al.* Public Conceptions of Mental Illness in 1950 and 1996: What is Mental Illness and Is It to be Feared? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 41, n. 2, p. 188–207, 2000.

REAVLEY, N. J. *et al.* Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: A comparison of Australian health professionals with the general community. **Aust N Z J Psychiatry**, v. 48, n. 5, p. 433-41, 2014.

ROSS, C. A.; GOLDNER, E. M. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. **J Psychiatr Ment Health Nurs**. v. 16, n. 6, p. 558-67, 2009.

SARIDI, M. *et al.* Attitudes of health professionals towards the stigma surrounding depression in times of economic crisis. **Int J Soc Psychiatry**. v. 63, n. 2, p. 115-25, 2017.

SARKIN, A. *et al.* Stigma experienced by people using mental health services in San Diego County. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. v. 50, n. 5, p. 747-56, 2015.

SARTORIUS, N.; SCHULZE, H. Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. **J Can Acad Child Adolesc Psychiatry**. v. 16, n. 1, p. 38-9, 2007.

SARTORIUS, N. Short-lived campaigns are not enough. **Nature**, v. 468, n. 7321, p. 163-5, 2010.

SARTORIUS, N.; *et al.* WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. **World Psychiatry**. v. 9, n. 3, p. 131-44, 2010.

- SCHOMERUS, G.; et al. Collective levels of stigma and national suicide rates in 25 European countries. **Epidemiol Psychiatr Sci.** v. 24, n. 2, p. 166-71, 2015.
- SCHULZE, B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. **Int Rev Psychiatry.** v. 19, n. 2, p. 137-55, 2007.
- SCHULZE, B.; ANGERMEYER, M. C. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. **Soc Sci Med.** v. 56, n. 2, p. 299-312, 2003.
- SHARAC, J., *et al.* The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review. **Epidemiol Psychiatr Soc,** v. 19, n. 3, p. 223-32, 2010.
- SILTON, N. R., *et al.* Stigma in America: has anything changed? Impact of perceptions of mental illness and dangerousness on the desire for social distance: 1996 and 2006. **J Nerv Ment Dis,** v. 199, n. 6, p. 361-6, 2011.
- SIREY, J. A. et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. **Am J Psychiatry.** v. 158, n. 3, p. 479-81, 2001.
- STUBBS, B.; et al. Physical multimorbidity and psychosis: comprehensive cross sectional analysis including 242,952 people across 48 low- and middle-income countries. **BMC Med.** v. 14, n. 1. p. 189, 2016.
- SULLIVAN, G. et al. Disparities in hospitalization for diabetes among persons with and without co-occurring mental disorders. **Psychiatr Serv.** v. 57, n. 8, p. 1126-31, 2006.
- SWANSON, J. W.; et al. Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. **Crim Behav Mental Heal.** v. 6, n. 4, p. 309-29, 1996.
- THORNICROFT, G. Most people with mental illness are not treated. **Lancet.** v. 370, n. 9590, p. 807-8, 2007.
- THORNICROFT, G.; ROSE, D.; KASSAN, A. Discrimination in health care against people with mental illness. **Int Rev Psychiatry.** v. 19, n. 2, p. 113-22, 2007.
- THORNICROFT, G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. **Br J Psychiatry.** v. 199, n. 6, p. 441-2, 2011.
- VALERY, K. M.; PROUTEAU, A. Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. **Psychiatry Res,** v. 290, 113068, 2020.

VAN DORN, R. A., *et al.* A comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups: perceived likelihood of violence and desire for social distance. **Psychiatry**, v. 68, n. 2, p. 152-63, 2005.

VIGO, D.; THORNICROFT, G.; ATUN, R. Estimating the true global burden of mental illness. **The Lancet Psychiatry**. v. 3, n. 2, p. 171-8, 2016.

WAHL, O.; AROESTY-COHEN, E. Attitudes of mental health professionals about mental illness: a review of the recent literature. **Journal of Community Psychology**, v. 38, n. 1, p. 49-62, 2010.

WASH, E.; BUCHANAN, A.; FAHY, T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. **Br J Psychiatry**, v. 180, p. 490-5, 2002.

WEHRING, H. J.; CARPENTER, W. T. Violence and schizophrenia. **Schizophr Bull.** v. 37, n. 5, p. 877-8, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental health, human rights & legislation. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/en/. Acessado em: nov 2019.

YAP, M. B. H.; MACKINNON, A. J.; REAVLEY, N. J. The measurement properties of stigmatising attitudes towards mental disorders: Results from two community surveys. **Int J Methods Psychiatr Res**, v. 23, n. 1, p. 49-61, 2014.

YILMAZ, E.; OKANLI, A. The Effect of Internalized Stigma on the Adherence to Treatment in Patients With Schizophrenia. **Arch Psychiatr Nurs.** v. 29, n. 5, p. 297-301, 2015.

ZASKE, H.; *et al.* Stigma experiences and perceived stigma in patients with first-episode schizophrenia in the course of 1 year after their first in-patient treatment. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.** v. 269, n. 4, p. 459-68, 2019.

APÊNDICE A – Aprovações em Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

MATERNIDADE CARMELA
DUTRA/SC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da associação entre variáveis sócio-demográficas e psicológicas e estigma relacionado aos transtornos psiquiátricos em médicos psiquiatras

Pesquisador: Alexandre Paim Diaz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48599115.2.0000.0114

Instituição Proponente: INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.223.674

Apresentação do Projeto:

Avaliação do estigma de médicos psiquiatras em relação aos transtornos psiquiátricos e sua associação com variáveis sócio-demográficas e psicológicas. Participarão do estudo médicos psiquiatras participantes do XXXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria com a colaboração de doze alunos de graduação de medicina que convidarão os participantes a preencher os questionários de estudo. Os estudantes receberão treinamento com o autor da pesquisa semanalmente. Serão distribuídos 2000 questionários sendo que 500 para cada tipo de transtorno psiquiátrico abordado.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar variáveis associadas ao estigma relacionado a transtornos psiquiátricos como Esquizofrenia, Transtorno Bipolar, Depressão e Transtorno do Déficit de Atenção. Caracterizar o estigma de médicos psiquiatras em relação aos transtornos psiquiátricos, investigar a associação entre características sócio-demográficas, profissionais e estigma. Investigar a associação entre características de personalidade com o estigma. Investigar a associação entre características sintomas afetivos com o estigma

Endereço: Rua Irmã Benwarda 208

Bairro: Centro

CEP: 88.015-270

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-7626

Fax: (48)3251-7626

E-mail: cep_mcd@hotmail.com

MATERNIDADE CARMELA
DUTRA/SC



Continuação do Parecer: 1.223.674

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O tempo de 45 minutos de responder o questionário pode gerar desconforto no participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A identificação dos fatores que geram o estigma dos pacientes com doenças psiquiátricas pode contribuir na compreensão das variáveis associadas ao estigma e no desenvolvimento e promoção de políticas públicas de estratégias anti estigma e de apoio aos pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados

Recomendações:

nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Avaliar a presença de variáveis que interferem na presença de estigma entre os psiquiatras, com certeza irá contribuir para a qualidade da assistência prestada a estes pacientes e trarão contribuições importantes nas políticas de saúde anti estigma.

Considerações Finais a critério do CEP:

Caso ocorram modificações do projeto original no decorrer da pesquisa, estas deverão ser submetidas a este CEP na forma de Emenda, identificando a parte do protocolo a ser modificado com a justificativa. Encaminhar para este CEP relatórios trimestrais para acompanharmos o andamento da pesquisa até o encerramento da mesma. Notificar este CEP assim que a pesquisa for encerrada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Projeto Estigma 2015.08.08 11h.pdf	08/08/2015 20:36:42		Aceito
Outros	ANEXO 1 - Formulário de avaliação.pdf	08/08/2015 20:37:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Estigma 2015.08.08.pdf	11/08/2015 14:10:07		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	11/08/2015		Aceito

Endereço: Rua Irmã Benwarda 208

Bairro: Centro

CEP: 88.015-270

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-7626

Fax: (48)3251-7626

E-mail: cep_mcd@hotmail.com

MATERNIDADE CARMELA
DUTRA/SC



Continuação do Parecer: 1.223.674

Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	14:08:27		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_566642.pdf	11/08/2015 14:11:15		Aceito
Outros	VANESSA.pdf	26/08/2015 11:09:30	Tula Cristina de Andrade	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 11 de Setembro de 2015

Assinado por:
Adriana Heberle
(Coordenador)

Endereço: Rua Irmã Benwarda 208

Bairro: Centro

CEP: 88.015-270

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-7626

Fax: (48)3251-7626

E-mail: cep_mcd@hotmail.com

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação da associação entre variáveis sócio-demográficas e psicológicas e estigma relacionado aos transtornos psiquiátricos em médicos psiquiatras

Pesquisador: Alexandre Paim Diaz

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 48599115.2.0000.0114

Instituição Proponente: INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.585.034

Apresentação do Projeto:

*Avaliação do estigma de médicos psiquiatras em relação aos transtornos psiquiátricos e sua associação com variáveis sócio-demográficas e psicológicas.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os fatores associados ao estigma de médicos psiquiatras em relação aos transtornos psiquiátricos.

Caracterizar o estigma de médicos psiquiatras e médicos não psiquiatras em relação aos transtornos psiquiátricos.

Investigar a associação entre características sócio-demográficas, profissionais e estigma.

Investigar a associação entre características de personalidade com o estigma.

Investigar a associação entre características sintomas afetivos com o estigma.

Comparar estigma de médicos psiquiatras em relação a diferentes transtornos psiquiátricos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

sem riscos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de extrema importância uma vez que as doenças psiquiátricas são estigmatizadas por todos, trazendo prejuízo para ao paciente que por vezes demora a procurar tratamento médico.

Endereço: Rua Irmã Benwarda 208

Bairro: Centro

CEP: 88.015-270

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-7626

Fax: (48)3251-7626

E-mail: cep_mcd@hotmail.com

MATERNIDADE CARMELA
DUTRA/SC



Continuação do Parecer: 1.585.034

A inclusão de profissionais médicos não psiquiatras foi importante em função do atendimento da rede básica que é realizado por médicos generalistas sendo a porta de entrada do paciente que precisa de tratamento

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos os termos foram realizados conforme protocolo

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

projeto aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Caso ocorram modificações do projeto original no decorrer da pesquisa, estas deverão ser submetidas a este CEP na forma de Emenda, identificando a parte do protocolo a ser modificado com a justificativa. Encaminhar para este CEP relatórios trimestrais para acompanharmos o andamento da pesquisa até o encerramento da mesma. Notificar este CEP assim que a pesquisa for encerrada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_702434 E2.pdf	26/04/2016 11:27:45		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Estigma_Emenda_2.pdf	26/04/2016 11:26:20	Alexandre Paim Diaz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Emenda_2.pdf	26/04/2016 11:26:04	Alexandre Paim Diaz	Aceito
Outros	PauloSilva.pdf	22/10/2015 08:41:58	Adriana Heberle	Aceito
Outros	MonikeMedeirosRosa.pdf	22/10/2015 08:38:15	Adriana Heberle	Aceito
Outros	VANESSA.pdf	26/08/2015 11:09:30	Tula Cristina de Andrade	Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	11/08/2015 14:08:27		Aceito

Endereço: Rua Irmã Benwarda 208

Bairro: Centro

CEP: 88.015-270

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-7626

Fax: (48)3251-7626

E-mail: cep_mcd@hotmail.com

MATERNIDADE CARMELA
DUTRA/SC



Continuação do Parecer: 1.585.034

Outros	ANEXO 1 - Formulário de avaliação.pdf	08/08/2015 20:37:27	Aceito
--------	---------------------------------------	------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 10 de Junho de 2016

Assinado por:
Adriana Heberle
(Coordenador)

Endereço: Rua Irmã Benwarda 208

Bairro: Centro

CEP: 88.015-270

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-7626

Fax: (48)3251-7626

E-mail: cep_mcd@hotmail.com

APÊNDICE B – Manuscrito enviado para periódico indexado

Psychiatry Research

Stigma among physicians toward schizophrenia: Role of perceived dangerousness and medical specialty --Manuscript Draft--

Manuscript Number:	
Article Type:	Full Length Article
Keywords:	Social Stigma; Stereotyping; Prejudice; Social Discrimination; Psychiatry; Health Personnel; Violence; Social Distance; Civil Rights; Psychotic Disorders
Corresponding Author:	Marcelo Schwarzbold Federal University of Santa Catarina Brazil
First Author:	Vanessa Pereira Leal, MD
Order of Authors:	Vanessa Pereira Leal, MD Monike Medeiros Rosa, MD Fernando Henrique Lopes, MD Paulo Roberto da Silva, MD Ozeias da Costa Bomfim, MD Ana Clara Galvan Momo, MD Antônio Geraldo da Silva, MD, PhD Alexandre Paim Diaz, MD, PhD Marcelo Liborio Schwarzbold, MD, PhD
Abstract:	<p>Stigma among health professionals toward mental illness is linked to negative outcomes for patients, but its mechanisms are poorly understood in physician populations. We assessed psychiatrists and non-psychiatric physicians regarding stigma toward schizophrenia to investigate the role of negative stereotyping, perceived dangerousness toward others and self and medical specialty on desire for social distance and opinion on the right to vote. Regression models showed that perceived dangerousness toward others and self were independent predictors of desire for social distance among psychiatrists and non-psychiatric physicians. Perceived dangerousness toward others was also a predictor of disagreement with the right to vote in both samples. Analyses combining both samples showed that a medical specialty other than psychiatry predicted greater desire for social distance and disagreement with the right to vote independently from negative stereotyping and perceived dangerousness. Interaction analyses showed that psychiatry as medical specialty attenuated the effects of perceived dangerousness toward others and self on desire for social distance. These findings add to the understanding of the mechanisms of physicians' stigma toward schizophrenia, with possible implications for anti-stigma interventions.</p>
Suggested Reviewers:	<p>Wagner Gattaz University of Sao Paulo gattaz@usp.br Dr. Gattaz is a Full Professor of Psychiatry at the University of São Paulo, with extensive experience in the field of rehabilitation of serious mental illness. He has conducted several studies on public stigma of schizophrenia in Brazil.</p> <p>Wulf Rössler University of Zurich wulf.roessler@uzh.ch Dr. Rössler is an internationally renowned researcher in the field of social psychiatry. He has conducted research on public stigma toward mental illness in Brazilian and European populations.</p> <p>Franco Mascayano</p>

Columbia University
fm2582@cumc.columbia.edu
Dr. Mascayano is an early-career investigator with expertise in applied stigma and psychiatric epidemiology, having conducted research on these topics in the U.S. and Latin America.

Lawrence Young
Columbia University
lhy2001@columbia.edu
Dr. Young is an Associate Professor of Clinical Epidemiology at Columbia University. His work is focused on the relationship between culture and stigma and intervention strategies.

Claire Henderson
King's College London
claire.1.henderson@kcl.ac.uk
Dr. Henderson is a Reader in Public Mental Health at the King's College London, with extensive research experience in the area of mental illness stigma, with focus on complex interventions.

COVER LETTER FOR SUBMISSION OF MANUSCRIPT

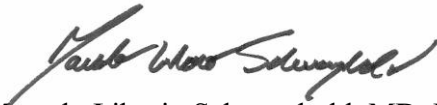
November 27th, 2020

To: Lynn E. DeLisi, MD
Editor-in-Chief
Psychiatry Research

Dear Dr. DeLisi:

I am enclosing herewith a manuscript entitled “Stigma among physicians toward schizophrenia: Role of perceived dangerousness and medical specialty” for evaluation for possible publication in Psychiatry Research. Stigma among health professionals toward mental illness is thought to have a negative impact for patients, but little is known about its mechanisms, especially among physician populations. Our study investigated the role of stereotyping toward schizophrenia on prejudice-related outcomes in separate samples of Brazilian psychiatrists and non-psychiatric physicians. We believe our study adds to the literature by showing the impact of two dimensions of perceived dangerousness on desire for social distance and opinion on the right to vote. We also demonstrated that medical specialty is both an independent predictor and an effect modifier in the relationship between stereotyping and prejudice-related variables. These findings provide new information relevant to the development of anti-stigma strategies and suggest a link between dangerousness stereotypes toward schizophrenia and structural stigma. Please note that the manuscript has not been published or submitted elsewhere and all authors are in agreement with its content.

Yours truly,



Marcelo Liborio Schwarzbald, MD, PhD

Corresponding author

Department of Clinical Medicine

Federal University of Santa Catarina

Florianópolis, SC, Brazil

E-mail: marcelo.schwarzbald@ufsc.br

Phone: +55 48 37219014

Highlights

- Perceived dangerousness toward others and self predicted desire for social distance from people with schizophrenia among psychiatrists and non-psychiatric physicians.
- Perceived dangerousness toward others predicted disagreement with the right to vote for people with schizophrenia in both samples.
- Medical specialty other than psychiatry predicted greater desire for social distance and disagreement with the right to vote independently from stereotyping variables.
- Psychiatry as medical specialty attenuated the effect of perceived dangerousness toward others and self on desire for social distance.

Abstract

Stigma among health professionals toward mental illness is linked to negative outcomes for patients, but its mechanisms are poorly understood in physician populations. We assessed psychiatrists and non-psychiatric physicians regarding stigma toward schizophrenia to investigate the role of negative stereotyping, perceived dangerousness toward others and self and medical specialty on desire for social distance and opinion on the right to vote. Regression models showed that perceived dangerousness toward others and self were independent predictors of desire for social distance among psychiatrists and non-psychiatric physicians. Perceived dangerousness toward others was also a predictor of disagreement with the right to vote in both samples. Analyses combining both samples showed that a medical specialty other than psychiatry predicted greater desire for social distance and disagreement with the right to vote independently from negative stereotyping and perceived dangerousness. Interaction analyses showed that psychiatry as medical specialty attenuated the effects of perceived dangerousness toward others and self on desire for social distance. These findings add to the understanding of the mechanisms of physicians' stigma toward schizophrenia, with possible implications for anti-stigma interventions.

Keywords: Stereotyping; Prejudice; Health Personnel; Violence; Social Distance; Civil Rights; Psychotic Disorders

Stigma among physicians toward schizophrenia: Role of perceived dangerousness and medical specialty

Vanessa P. Leal ^a

Monike M. Rosa ^b

Fernando Henrique Lopes ^b

Paulo Roberto da Silva ^b

Ozeias C. Bomfim ^b

Ana Clara G. Momo ^b

Antônio Geraldo da Silva ^c

Alexandre P. Diaz ^d

Marcelo L. Schwarzbold ^a

(a) Graduate Program in Medical Sciences, Federal University of Santa Catarina, SC, Florianópolis, Brazil

(b) Medical School, Federal University of Santa Catarina, SC, Florianópolis, Brazil

(c) Medical School, University of Porto, Porto, Portugal

(d) Louis A. Faillace Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, The University of Texas Health Science Center at Houston, Houston, TX, USA

Corresponding Author:

Marcelo L. Schwarzbold

Postal Address: Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal de Santa Catarina, 1º andar, Rua Profa. Maria Flora Pausewang s/nº, CEP 88036-800, Florianópolis, SC, Brazil

E-mail: marcelo.schwarzbold@ufsc.br

Phone: +55 48 37219150

1. Introduction

Stigma toward mental illness is pervasive in different cultures and social groups. The set of negative beliefs and attitudes held by the public in general toward people with mental illness is called public stigma. Public stigma operates interpersonally and has been linked to poor outcomes for stigmatized individuals, including personal and family suffering, reduced help-seeking for mental health problems and economic loss (Clement et al., 2015; Sharac et al., 2010). Public stigma can be internalized by some individuals, resulting in self-stigma and leading to negative functional consequences (Corrigan and Rao, 2012). Stigma also has an institutional form called structural stigma, which has been shown to undermine life opportunities for those stigmatized (Hatzenbuehler, 2016). Cognitive models state that stigma is processed at psychological level with the components of stereotyping, prejudice and discrimination (Corrigan et al., 2005). Stereotyping refers to the categorization of social groups and associated expectations. People who endorse negative stereotypes may develop prejudice, which is a negative cognitive and emotional response. Prejudice in turn may elicit discrimination, which corresponds to actual behaviors involving unfair or prejudicial treatment.

Mental illness stigma has been described as one of the main barriers to the progress of mental health care (Sartorius, 2010). It has also been linked to inequalities in general health and poorer health care for non-psychiatric conditions. Although structural stigma is important in such disparities, research also suggests a role for interpersonal stigma operating within health professional populations. Illustrative examples include decreased willingness of health care providers to refill pain prescriptions for patients with mental illness or refer them to specialized care, reluctance of physicians to investigate underlying causes of medical symptoms, diagnostic overshadowing, and avoidance of patients due to fear of violence (Henderson et al., 2014). Stigmatizing attitudes may also be adopted by mental health professionals, although the process seems to be more complex in this group: Mental health professionals can simultaneously serve as recipients of stigma and as stigmatizing and de-stigmatizing agents (Schulze, 2007). Nevertheless, most studies have shown that mental health professionals have less negative beliefs and attitudes than other health professionals and the general population (Valery and Prouteau, 2020; Wahl and Aroesty-Cohen, 2010).

Schizophrenia is one of the most stigmatized mental disorders, with stereotypes of violence and dangerousness widely spread among the general public. Data from the general public of 16 countries revealed that an average of 53% and 76% of participants considered people with schizophrenia likely to be violent to others and self, respectively (Pescosolido and Martin, 2015). A recent study analyzing data from three national surveys in the United States (in 1996, 2006, and 2018) revealed a significant rise in perceived potential for violence toward others and self, with approximately 67% and 88% of participants endorsing these stereotypes in the more recent survey, respectively (Pescosolido et al., 2019). Dangerousness and violence stereotypes might be reinforced by media coverage that disproportionately link schizophrenia and psychotic symptoms to interpersonal violence (McGinty et al., 2016). Schizophrenia is also highly stigmatized by mental health professionals, but perceived dangerousness seems to be lower in this group compared with the general public (Valery and Prouteau, 2020).

Cognitive models of stigma predict that negative stereotyping is an important determinant of prejudice and discrimination toward people with mental disorders. In a seminal study, Link and colleagues demonstrated that the label of mental illness elicits a strong association between greater perceived dangerousness and greater desire for social distance (Link et al., 1987). Desire for social distance can be understood as a construct related to prejudice, as it represents a cognitive and affective response (Bogardus, 1947). Based on that, several studies have investigated the impact of perceived dangerousness on desire for social distance from people with schizophrenia. The majority of studies recruited general public participants (Jorm et al., 2012), with relatively limited research on populations of health professionals. Similarly, few studies of health professionals have addressed the determinants of the opinion on civil rights restrictions for people with mental illness. This type of opinion can also be understood a measure of prejudice, as it constitute a negative cognitive response based on labeling and stereotype. Research on determining factors of mental illness stigma among health professionals is important because they are at forefront in defining and applying therapeutic and preventive strategies that can be potentially affected by stigmatizing beliefs and attitudes. In addition, knowledge on the mechanisms of interpersonal stigma among health professionals could pave the way for the development of specific anti-stigma interventions.

In this context, the present study recruited two separate samples of Brazilian physicians – psychiatrists and non-psychiatric physicians – to investigate the mechanisms of stigma toward

schizophrenia. We assessed the role of negative stereotyping and perceived dangerousness toward others and self as predictors of desire for social distance and opinion on the right to vote. We also aimed to investigate the role of medical specialty as an independent predictor of these outcomes, and as a modifier of the effect of stereotyping variables.

2. Methods

2.1. Participants

Psychiatrists ($n = 395$) were recruited by convenience during the 2015 Brazilian Congress of Psychiatry, which took place in the city of Florianópolis, State of Santa Catarina, Brazil. The Brazilian Congress of Psychiatry is the largest medical specialty meeting in Latin America, with nearly 6000 participants each year, most of them psychiatrists. Data were collected during the four days of the meeting using an anonymous, self-administered questionnaire. Eligibility criteria was being a physician with a psychiatry residency, being a native speaker of Brazilian Portuguese, and having completed at least one of the outcome measures (see section 2.2). Non-psychiatric physicians ($n = 79$) were recruited by convenience from outpatient and inpatient services in the Florianópolis metropolitan area in 2017. They completed the same anonymous, self-administered questionnaire applied to the sample of psychiatrists. Eligibility criteria was being a non-psychiatric physician practicing in the Florianópolis metropolitan area, not being a resident in psychiatry, and having completed at least one of the outcome measures. To ensure anonymity, questionnaires were deposited in a closed box immediately after they were completed. Written informed consent was obtained from all participants and stored separately. This procedure was explained to participants before they answered the questionnaires. The protocol was approved by the local ethics committee (Plataforma Brasil CAAE number 48599115.2.0000.0114).

2.2. Measures

Sociodemographic variables included age, sex, marital status, and academic degree. Participants were also asked if they were involved in teaching activities at undergraduate or graduate level (including training medical residents), and if they had already sought psychiatric help for mental health problems.

Variables of stereotyping toward people with schizophrenia included negative stereotyping and perceived dangerousness toward others and self. Negative stereotyping was evaluated as previously described (Loch et al., 2013a; Nordt et al., 2006), using a questionnaire asking how participants considered the characteristics “dangerous”, “unpredictable”, “stupid”, “bedraggled”, “abnormal”, “unreliable” and “weird” to be present in a person with schizophrenia compared with the general population. A mean score was calculated by averaging individual item responses (less present = 0, equally present = 1, more present = 2). The item “dangerous” was excluded from this calculation to avoid construct overlapping with perceived dangerousness variables. Perceived dangerousness toward others and self were measured as previously described (Pescosolido et al., 2010), asking participants about their opinion on how likely is that a person with schizophrenia would do something violent toward other people or him/herself. A mean score was calculated by averaging individual item response (not at all likely = 0, not very likely = 1, somewhat likely = 2, very likely = 3).

Variables related to prejudice toward people with schizophrenia were the outcomes of the study, and included desire for social distance and opinion on the right to vote. Desire for social distance was measured by a scale based on previous studies (Link et al., 1987; Loch et al., 2013a; Nordt et al., 2006). The scale assesses participants’ willingness to engage in social situations with a person with schizophrenia (accept as a coworker, accept as a neighbor, introduce to a friend, recommend for a job, rent a room, accept marriage into the family, and take care of children for a few hours). A mean score was calculate by averaging individual item responses (certainly yes = 1, maybe = 2, definitely not = 3). Participants’ opinion on the right to vote was obtained similarly to previous research (Loch et al., 2013b; Nordt et al., 2006) and constituted a binary variable (agreement or disagreement with the right to vote).

2.3. Data analysis

Analyses were performed using SPSS 26.0 and Microsoft Excel 2013. Preliminary univariate analyses were performed to investigate the association of sociodemographic and stereotyping variables with prejudice-related variables. These analyses were conducted using a chi-square test as well as the Mann-Whitney test and Spearman bivariate correlation, as all numeric variables had a non-normal distribution in the Shapiro-Wilk test. Sociodemographic and stereotyping variables significantly associated with prejudice-related variables in preliminary

analyses were simultaneously entered as predictors in linear and logistic regression models for the outcomes of desire for social distance and opinion on the right to vote, respectively. Models with interaction terms were also built to investigate effect modification in the relationship between predictors and outcome variables. An alpha level of 0.05 was set for all analyses.

3. Results

3.1. Sociodemographic and stigma-related variables

Table 1 shows sociodemographic characteristics of the samples of psychiatrists and non-psychiatric physicians, as well as variables related to stereotyping and prejudice toward people with schizophrenia. In terms of negative stereotyping, the frequency of psychiatrists who considered specific negative characteristics to be more common among people with schizophrenia compared with the general population was 64.5% for weird, 54.8% for unpredictable, 46.5% for bedraggled, 33.2% for abnormal, 26.9% for dangerous, 16.1% for stupid, and 12.7% for unreliable. Among non-psychiatric physicians, frequencies were 82.3% for unpredictable, 57.0% for weird, 49.9% for dangerous, 38.0% for abnormal, 30.4% for unreliable, 25.3% for bedraggled, 2.5% for stupid. The mean (standard deviation) of the score of perceived dangerousness toward others was 1.3 (0.6) for psychiatrists and 1.6 (0.7) for non-psychiatric physicians. The mean (standard deviation) of the score of perceived dangerousness toward self was 1.8 (0.7) for psychiatrists and 1.9 (0.7) for non-psychiatric physicians.

[Insert table 1 about here]

3.2. Desire for social distance as outcome

Preliminary univariate analyses (supplementary table 1) evidenced a significant, positive correlation between stereotyping variables and desire for social distance both in the sample of psychiatrists and non-psychiatric physicians. In addition, female non-psychiatric physicians reported significantly greater desire for social distance than male non-psychiatric physicians. These variables were included as predictors of desire for social distance in multiple linear regression models shown in table 2. Significant, independent contributions of perceived dangerousness toward others and self were observed in all models. Negative stereotyping was only significant in the model for non-psychiatric physicians that included sex. In addition, sex

itself remained significant. Stereotyping variables were able to explain approximately 17% and 47% of desire for social distance variance for psychiatrists and non-psychiatric physicians, respectively. In the model for non-psychiatric physicians that included sex, predictors explained 53% of outcome variance.

[Insert table 2 about here]

3.3. Opinion on the right to vote as outcome

Preliminary univariate analyses (supplementary table 2) showed that participants disagreeing with the right to vote had higher levels of perceived dangerousness toward others both in the sample of psychiatrists and non-psychiatric physicians. Separate simple logistic regression models confirmed that greater perceived dangerousness was a significant predictor of disagreeing with the right to vote among psychiatrists (odds ratio [95% CI] = 1.56 [1.02 – 2.39], $p = 0.039$, Nagelkerke $R^2 = 0.02$) and non-psychiatric physicians (odds ratio [95% CI] = 3.28 [1.45 – 7.43], $p = 0.004$, Nagelkerke $R^2 = 0.17$), with larger effect sizes among the latter.

3.3. Role of medical specialty

We investigated the role of medical specialty in prejudice-related variables by combining the samples of psychiatrists and non-psychiatric physicians and building models that included medical specialty and predictors found to be significant in the previous separate analyses. Table 4 shows a multiple linear regression model with medical specialty, stereotyping variables and sex as predictors of desire for social distance. All predictors except sex significantly contributed to explain the outcome variance.

[Insert table 3 about here]

A multiple logistic regression model showed that non-psychiatric medical specialty and greater perceived dangerousness toward others were independent predictors of disagreement with the right to vote (non-psychiatric medical specialty: odds ratio [95% CI] = 1.87 [1.04 – 3.36], $p = 0.038$; perceived dangerousness toward others: odds ratio [95% CI] = 1.99 [1.37 – 2.89], $p < 0.0001$; Nagelkerke $R^2 = 0.07$).

Larger effects of stereotyping variables on prejudice-related variables were observed in the sample of non-psychiatric physicians, suggesting an effect modification by medical specialty. We directly tested this hypothesis by combining the samples of psychiatrists and non-psychiatric physicians and performing interaction analyses shown in figure 1. Significant effect modifications by medical specialty were observed in the positive association between desire for social distance and perceived dangerousness toward others and self, with attenuation of the effect by the medical specialty of psychiatry.

[Insert figure 1 about here. Caption is below]

Figure 1. Medical specialty as an effect modifier of the relationship between stereotyping and prejudice-related variables.

4. Discussion

In the present study, separate samples of Brazilian psychiatrists and non-psychiatric physicians were assessed regarding variables related to stereotyping and prejudice toward people with schizophrenia. Multivariable models revealed that greater perceived dangerousness toward others and self independently predicted greater desire for social distance in both samples. Greater perceived dangerousness toward others also predicted disagreement with the right to vote in both samples. Effect sizes were larger among non-psychiatric physicians. Analyses combining both samples showed that a non-psychiatric medical specialty independently predicted greater desire for social distance as well as disagreement with the right to vote. In addition, psychiatry as medical specialty attenuated the effects of perceived dangerousness toward others and self on desire for social distance.

Previous studies have shown that stereotypes of dangerousness are important determinants of general public's desire for social distance from people with schizophrenia. Silton and colleagues evaluated a large representative sample of the U.S. population with data collected in 1996 and 2006 using vignettes of schizophrenia, depression and alcoholism (Silton et al., 2011). The authors found that perceiving the vignette character as dangerous was strongly associated with greater desire for social distance independently from the disorder depicted, other

vignette character's features, or participants' sociodemographic characteristics. The final model including these variables explained 27% of desire for social distance variance. We are not aware of a more recent study of the general public comprehensively addressing this question, but it is likely that the impact of perceived dangerousness on desire for social distance is still relevant, since an increase of this stereotype of schizophrenia has been observed (Pescosolido et al., 2019). Other studies had already described the association between perceived dangerousness and desire for social distance among the general public, with higher correlation coefficients for schizophrenia compared with depression, for example (Jorm et al., 2012). On the other hand, few studies have investigated the relationship between these variables among health professionals. Grausgruber and colleagues evaluated a sample representative of the Austrian population as well as family members of people with mental illness and non-physician mental health professionals (Grausgruber et al., 2007). Multivariable analyses revealed that perceived dangerousness was a significant predictor of desire for social distance only in the general population sample. Another study, conducted in the U.S., reported a significant but weak correlation between these variables in a sample combining participants from the general public, patients and their family members, and clinicians (most of them psychiatrists or social workers) (Van Dorn et al., 2005).

Our study adds to the literature by specifically recruiting psychiatrists and non-psychiatric physicians to investigate negative stereotyping and two dimensions of perceived dangerousness as determinants of desire for social distance from people with schizophrenia. Only perceived dangerousness variables were significant predictors of desire for social distance among psychiatrists. Among non-psychiatric physicians, negative stereotyping was only a significant predictor when participants' sex was taken into account. These findings indicate that, similarly to what happens among the general public, perceived dangerousness is an important part of the stereotyping component of physicians' stigma toward schizophrenia. In fact, our results suggest that dangerousness is the most important stereotype among psychiatrists determining desire for social distance from people with schizophrenia, as stereotyping unrelated to dangerousness was not a significant predictor in our sample. Negative stereotyping and perceived dangerousness toward others and self explained far more variance of desire for social distance among non-psychiatric physicians than among psychiatrists. In addition, psychiatry as medical specialty independently predicted lesser desire for social distance and weakened the effects of perceived dangerousness toward others and self on this outcome. This is in line with

the notion that mental health professionals have less negative beliefs and attitudes than other health professionals, although the few studies that evaluated psychiatrists had inconsistent findings (Valery and Prouteau, 2020). It can be speculated that psychiatrists may constitute a pre-selected population that chose the specialty because of a more positive prior attitude toward mental illness. Another possibility is that training in psychiatry has anti-stigma effects, since it inherently promotes mental health education and contact with patients and families (Morgan et al., 2018). Although professional contact has limited potential to challenge mental illness stereotypes (Henderson et al., 2014), psychiatrists tend to have a greater knowledge of their patients' personal lives. It is also possible that psychiatrists are in a position where they feel pressured to express socially acceptable opinions; in this case, lesser stigma in comparison to other physicians and the general public could at least partially reflect social desirability bias (Link et al., 2004). At this point, it is worth remembering that psychiatrists do not constitute a homogeneous population regarding stigma toward schizophrenia. For example, a latent class analysis recently published by our group identified three clusters of stigma levels among psychiatrists, with the subgroup with more stigma comprising more than half of participants (da Silva et al., 2020).

The opinion on social restrictiveness, that is, whether people with mental illness should be restricted from carrying out certain activities of civil life, is another measure of stigma that has been extensively employed by studies assessing the general public (Link et al., 2004). For example, among participants from the general public across several countries, 65% and 55% agreed that people with mental illness should not teach children or hold public office, respectively (Pescosolido and Martin, 2015). Literature on this topic assessing health professionals is not extensive, but shows that this population has less socially restrictive opinions, except in the case of involuntary treatment (Henderson et al., 2014). Even so, restrictive opinions are common in the case of schizophrenia, as exemplified by studies that reported that approximately one fourth of mental health professionals supported the restriction on the right to vote (Loch et al., 2013b; Magliano et al., 2004). In our study, a non-psychiatric medical specialty was an independent predictor of disagreement with the right to vote. Similar to what we found for desire for social distance, this is in line with previous research showing less negative attitudes among mental health professionals, although studies specifically recruiting psychiatrists are scarce (Valery and Prouteau, 2020). We also found that perceived

dangerousness toward others was the only significant predictor of disagreement with the right to vote both among psychiatrists and non-psychiatric physicians. While desire for social distance reflects a personal aspect of public stigma, opinions about social restrictiveness have a more collective nature that is quite evident in the case of voting rights. Thus, perceived dangerousness toward others seems to have pervasive effects that goes beyond personal level.

Some limitations should be considered in the present study. First, the samples were recruited by convenience, and in a very particular setting in the case of the psychiatrists (a large medical meeting). This should be taken into account when extrapolating the results to other populations. Second, the measures we used to assess stigma lack formal transcultural adaptation and validation in Brazil. However, it seems unlikely they have major validity problems since they have been employed in several Brazilian studies with results consistent with those found in other countries (Loch et al., 2013a; Loch et al., 2013b; Peluso and Blay, 2011). Third, we did not control for social desirability bias. Social desirability bias is common in studies addressing sensitive topics, although it is not thought to be severe in stigma research (Link et al., 2004). Even so, we attempted to minimize this bias by employing anonymous, self-administered questionnaires (Nederhof, 1985). Another point to be discussed is that participants rated measures based solely on the label of schizophrenia, without clinical information about severity, disability or treatment (as is often the case with vignette studies). These types of information affect stigmatizing attitudes among the lay public (Gaebel et al., 2006). However, the extent to which this occurs among physicians is unclear, and one could argue that the use of a diagnostic label is an effective strategy to evoke a general stereotype of schizophrenia.

Identifying factors underlying mental illness stigma in different populations, including physicians, is relevant for understanding stigma mechanisms in specific groups and designing interventions aimed to reduce it. This is an incipient area of research, particularly in developing countries, where expansion of knowledge is needed for cultural adaptation of existing approaches or the development of new strategies (Heim et al., 2018; Henderson et al., 2014). Among physician populations, perceived dangerousness may operate in a similar way to the general public in determining desire for social distance, although with a probable attenuated effect in psychiatrists. It is reasonable to interpret the relationship between perceived dangerousness toward others and desire for social distance as a response to the risk of harm based on an erroneous or exaggerated stereotype. Therefore, it might serve as a specific target for

strategies involving education and contact, especially in the case non-psychiatric physicians and medical students. It is worth remembering that contact strategies for health professionals should have a social, personal nature, since professional contact is unlikely to affect stereotyping (Henderson et al., 2014). On the other hand, the effects of perceived dangerousness toward self may be linked to avoidance of psychological distress, including difficulties in dealing with the subjects of suicide and self-harm. In this case, improving medical training on these topics could have beneficial effects on stigma. Our findings of the impact of perceived dangerousness toward others on the opinion on the right to vote may have implications related to structural stigma. So far, the study of stereotypes of dangerousness in structural stigma has been limited mostly to the topic of the inflated media coverage of violence in mental illness (McGinty et al., 2016). Frequently, physicians participate directly or indirectly in the definition of public or institutional policies involving issues related to health, either individually or through medical organizations. At a theoretical level, it is possible to speculate that stereotypes of dangerousness could affect individual decisions that have a collective impact. This, however, remains to be demonstrated empirically.

Acknowledgements: The authors thank the Brazilian Psychiatric Association for its support for data collection during the 2015 Brazilian Congress of Psychiatry. P. R.S. and A.C.G.M. were recipients of PIBIC-CNPq scholarships.

Table 1. Sociodemographic and stigma-related variables.

Variables	Psychiatrists (<i>n</i> = 395)	Non-psychiatric physicians (<i>n</i> = 79)
	Frequency or value	Frequency or value
SOCIODEMOGRAPHIC		
Age	43.1 (12.8) ^a	38.7 (10.4)
Sex		
Female	168 (42.6%)	49 (62.0%)
Male	226 (57.4%)	30 (38.0%)
Marital status		
Single	95 (24.1%)	31 (39.2%)
Married or cohabitating	265 (67.1%)	44 (55.7%)
Separated or divorced	29 (7.3%)	4 (5.0%)
Widowed	6 (1.5%)	0 (0.0%)
Master's or PhD		
No	299 (75.7%)	58 (77.3%)
Yes	96 (24.3%)	17 (22.7%)
Teaching activities		
No	170 (43.1%)	24 (30.4%)
Yes	224 (56.9%)	55 (69.6%)
Already sought psychiatric help		
No	196 (49.7%)	33 (41.8%)
Yes	198 (50.3%)	46 (58.2%)
STEREOTYPING		
Negative stereotyping	2.3 (0.3) ^b	2.3 (0.3)
Perceived dangerousness toward others		
Not at all likely	16 (4.2%)	2 (2.7%)
Not very likely	232 (61.2%)	34 (46.6%)
Somewhat likely	118 (31.1%)	30 (41.1%)
Very likely	13 (3.4%)	7 (9.6%)
Perceived dangerousness toward self		
Not at all likely	8 (2.1%)	1 (1.3%)
Not very likely	109 (28.8%)	20 (26.3%)
Somewhat likely	214 (56.6%)	41 (53.9%)
Very likely	47 (12.4%)	14 (18.4%)
PREJUDICE-RELATED		
Desire for social distance	1.5 (0.3) ^c	1.7 (0.4) ^d
Opinion on the right to vote		
Agree	320 (82.7%)	56 (70.9%)
Disagree	67 (17.3%)	23 (29.1%)

Note. Missing data: ^a 3, ^b 21, ^c 5, ^d 1.

Table 2. Multiple linear regression models including selected variables as predictors of desire for social distance.

Model and predictors	β	p	R^2	Adjusted R^2	Tolerance
PSYCHIATRISTS ($n = 354$)					
Negative stereotyping	0.09	0.088			0.96
Perceived dangerousness toward others	0.30	< 0.0001			0.77
Perceived dangerousness toward self	0.15	0.008	0.17	0.16	0.78
NON-PSYCHIATRIC PHYSICIANS, including sex as a predictor ($n = 72$)					
Female sex	0.28	0.002			0.90
Negative stereotyping	0.20	0.021			0.96
Perceived dangerousness toward others	0.51	< 0.0001			0.79
Perceived dangerousness toward self	0.20	0.046	0.53	0.51	0.74
NON-PSYCHIATRIC PHYSICIANS, not including sex as a predictor ($n = 72$)					
Negative stereotyping	0.16	0.081			0.99
Perceived dangerousness toward others	0.47	< 0.0001			0.81
Perceived dangerousness toward self	0.28	0.006	0.47	0.44	0.80

Table 3. Multiple linear regression models including medical specialty and selected variables as predictors of desire for social distance.

Predictors	β	p	R^2	Adjusted R^2	Tolerance
$n = 425$					
Non-psychiatric specialty	0.15	0.001			0.96
Negative stereotyping	0.09	0.045			0.96
Perceived dangerousness toward others	0.33	< 0.0001			0.76
Perceived dangerousness toward self	0.17	< 0.001			0.78
Female sex	0.01	0.881	0.25	0.25	0.95

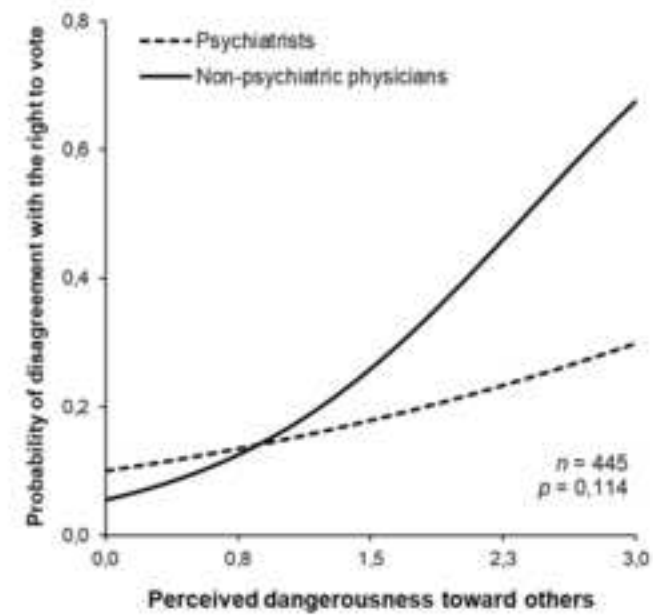
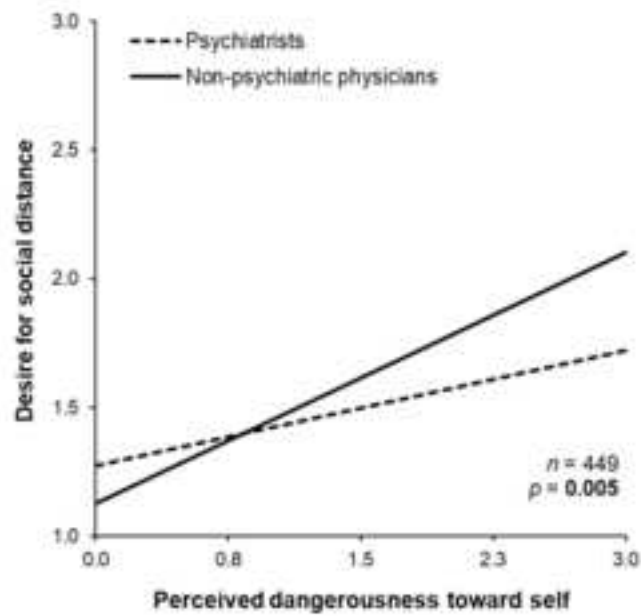
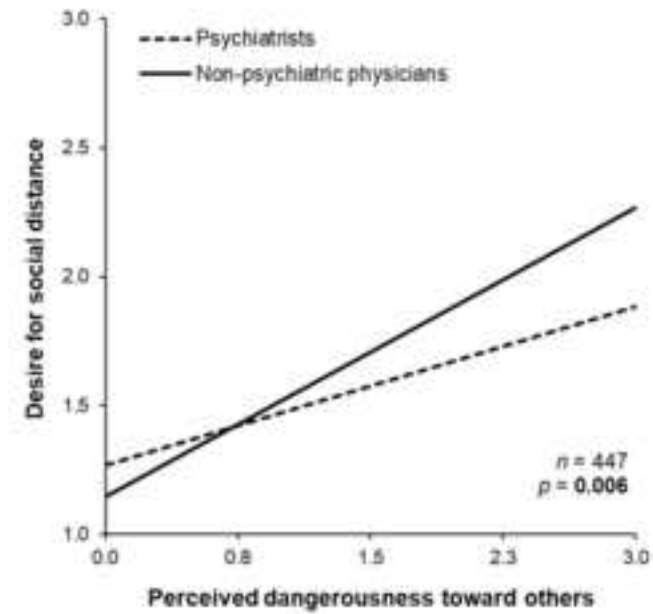
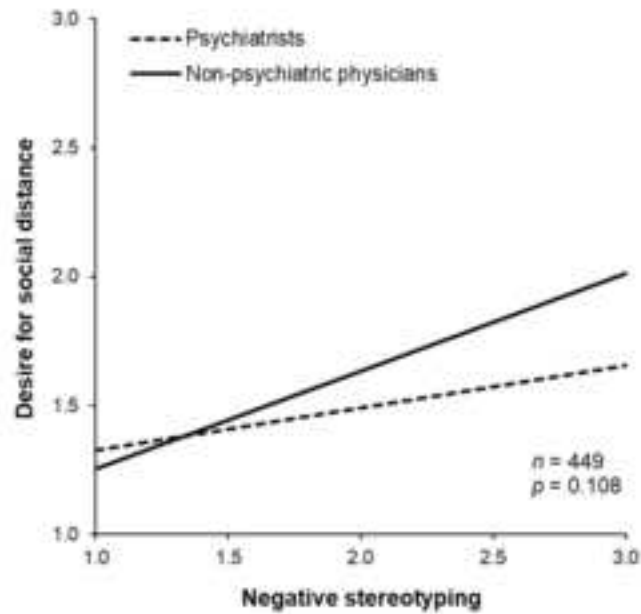
References

- Bogardus, E.S., 1947. Measurement of Personal-Group Relations. *Sociometry* 10 (4), 306-311.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rusch, N., Brown, J.S., Thornicroft, G., 2015. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med* 45 (1), 11-27.
- Corrigan, P.W., Kerr, A., Knudsen, L., 2005. The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology* 11 (3), 179-190.

- Corrigan, P.W., Rao, D., 2012. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry* 57 (8), 464-469.
- Da Silva, A.G., Loch, A.A., Leal, V.P., da Silva, P.R., Rosa, M.M., Bomfim, O.C., Malloy-Diniz, L.F., Schwarzbald, M.L., Diaz, A.P., Palha, A.P., 2020. Stigma toward individuals with mental disorders among Brazilian psychiatrists: a latent class analysis. *Braz J Psychiatry* 27:S1516-44462020005023203.6.
- Gaebel, W., Zäske, H., Baumann, A.E., 2006. The relationship between mental illness severity and stigma. *Acta Psychiatr Scand Suppl*(429), 41-45.
- 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 Psychiatr Scand* 115 (4), 310-319.
- Hatzenbuehler, M.L., 2016. Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *Am Psychol* 71 (8), 742-751.
- Heim, E., Kohrt, B.A., Koschorke, M., Milenova, M., Thornicroft, G., 2018. Reducing mental health-related stigma in primary health care settings in low- and middle-income countries: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 29, e3.
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., Schulze, B., Druss, B., Thornicroft, G., 2014. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry* 1 (6), 467-482.
- Jorm, A.F., Reavley, N.J., Ross, A.M., 2012. Belief in the dangerousness of people with mental disorders: a review. *Aust N Z J Psychiatry* 46 (11), 1029-1045.
- Link, B.G., Cullen, F.T., Frank, J., Wozniak, J.F., 1987. The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology* 92 (6), 1461-1500.
- Link, B.G., Yang, L.H., Phelan, J.C., Collins, P.Y., 2004. Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull* 30 (3), 511-541.
- Loch, A.A., Hengartner, M.P., Guarnerio, F.B., Lawson, F.L., Wang, Y.P., Gattaz, W.F., Rössler, W., 2013a. The more information, the more negative stigma towards schizophrenia: Brazilian general population and psychiatrists compared. *Psychiatry Res* 205 (3), 185-191.
- Loch, A.A., Guarnerio, F.B., Lawson, F.L., Hengartner, M.P., Rössler, W., Gattaz, W.F., Wang, Y.P., 2013b. Stigma toward schizophrenia: do all psychiatrists behave the same? Latent profile analysis of a national sample of psychiatrists in Brazil. *BMC Psychiatry* 13, 92.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., Maj, M., 2004. Beliefs about schizophrenia in Italy: a comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. *Can J Psychiatry* 49 (5), 322-330.

- McGinty, E.E., Kennedy-Hendricks, A., Choksy, S., Barry, C.L., 2016. Trends In News Media Coverage Of Mental Illness In The United States: 1995-2014. *Health Aff (Millwood)* 35 (6), 1121-1129.
- Morgan, A.J., Reavley, N.J., Ross, A., Too, L.S., Jorm, A.F., 2018. Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research* 103, 120-133.
- Nederhof, A.J., 1985. Methods of coping with social desirability bias: A review. *European Journal of Social Psychology* 15 (3), 263-280.
- Nordt, C., Rossler, W., Lauber, C., 2006. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull* 32 (4), 709-714.
- Peluso, E.T., Blay, S.L., 2011. Public stigma and schizophrenia in Sao Paulo city. *Braz J Psychiatry* 33 (2), 130-136.
- Pescosolido, B.A., Manago, B., Monahan, J., 2019. Evolving Public Views On The Likelihood Of Violence From People With Mental Illness: Stigma And Its Consequences. *Health Aff (Millwood)* 38 (10), 1735-1743.
- Pescosolido, B.A., Martin, J.K., 2015. The Stigma Complex. *Annual Review of Sociology* 41 (1), 87-116.
- Pescosolido, B.A., Martin, J.K., Long, J.S., Medina, T.R., Phelan, J.C., Link, B.G., 2010. "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry* 167 (11), 1321-1330.
- Sartorius, N., 2010. Short-lived campaigns are not enough. *Nature* 468 (7321), 163-165.
- Schulze, B., 2007. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry* 19 (2), 137-155.
- Sharac, J., McCrone, P., Clement, S., Thornicroft, G., 2010. The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review. *Epidemiol Psichiatr Soc* 19 (3), 223-232.
- Silton, N.R., Flannelly, K.J., Milstein, G., Vaaler, M.L., 2011. Stigma in America: has anything changed? Impact of perceptions of mental illness and dangerousness on the desire for social distance: 1996 and 2006. *J Nerv Ment Dis* 199 (6), 361-366.
- Valery, K.M., Prouteau, A., 2020. Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry Res* 290, 113068.
- Van Dorn, R.A., Swanson, J.W., Elbogen, E.B., Swartz, M.S., 2005. A comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups: perceived likelihood of violence and desire for social distance. *Psychiatry* 68 (2), 152-163.

Wahl, O., Aroesty-Cohen, E., 2010. Attitudes of mental health professionals about mental illness: a review of the recent literature. *Journal of Community Psychology* 38 (1), 49-62.



Declaration of interest: The authors declare no conflict of interest.

Author contributions

Vanessa Leal.: Conceptualization, investigation, project administration, writing - original draft.

Monike Rosa: Conceptualization, investigation, writing - review and editing. Fernando Henrique

Lopes.: Investigation, writing - review and editing. Paulo Roberto da Silva: Investigation,

supervision. Ozeias Bomfim: Investigation, supervision. Ana Clara Momo: Investigation, writing

- review and editing. Antônio Geraldo da Silva: Conceptualization, resources. Alexandre Diaz:

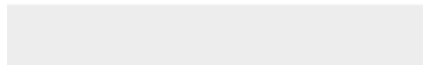
Conceptualization, methodology, project administration, data curation, writing - review and

editing. Marcelo Schwarzbold: Conceptualization, methodology, project administration, data

curation, formal analysis, resources, writing - review and editing.



Click here to access/download
Supplementary Material
Leal.Supplementary Table 1.docx





Click here to access/download
Supplementary Material
Leal.Supplementary Table 2.docx

