U.PORTO

MESTRADO

TEMAS DE PSICOLOGIA

# ESTEREÓTIPOS E SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL: UM ESTUDO SOBRE RAÇA E ESQUIZOFRENIA

LÍSIS DIAS DA SILVA

**Outobro**

**2026**

U.PORTO
FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

# Estereótipos e Saúde Mental em Portugal: Um Estudo sobre Raça e Esquizofrenia

**Lísis Dias da Silva**

Outobro 2026

Dissertação apresentada no Mestrado em Temas de Psicologia, área de Psicologia Social, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora Isabel Rocha Pinto (FPCEUP).

## AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto concetuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial. A autora declara ter utilizado chatGPT, entre Agosto e Outobro 2026, apenas para revisão linguística, tradução e geração de imagens, mantendo integral responsabilidade pelo conteúdo final.

# RESUMO

Os estudos atuais sobre estereótipos e racismo sugerem que a raça pode ser um fator de intensificação de estigmas, mas ainda são poucas as pesquisas experimentais que combinam raça e esquizofrenia em amostras portuguesas. Este estudo teve como objetivo avaliar o efeito da raça sobre os estereótipos, o estigma internalizado e a desumanização associados à esquizofrenia e examinar o papel do racismo dos participantes nesses processos, numa amostra de pessoas residentes em Portugal. Trata-se de um estudo experimental quantitativo, entre sujeitos, no qual 56 participantes foram distribuídos aleatoriamente entre duas vinhetas que descreviam um homem branco ou um homem negro com diagnóstico de esquizofrenia. Foram aplicadas medidas de estereótipos, Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental - ISMI, desumanização e racismo moderno. Os resultados mostram que os estereótipos de simpatia e moralidade foram mais positivos em relação ao paciente branco, sem diferenças significativas nas demais medidas entre as condições experimentais. Esperavam-se associações significativas entre os estereótipos de competência, simpatia e moralidade, as dimensões de relação e perceções do ISMI e a desumanização, sobretudo na condição em que o paciente apresentado era negro. Esta hipótese não foi confirmada, pois os padrões de associação foram semelhantes nas duas condições experimentais. Finalmente, observaram-se efeitos de mediação de estereótipos de simpatia e moralidade na associação de atitudes mais elevadas de desumanização ao paciente negro, especialmente em níveis baixos e moderados de racismo, ao contrário do previsto. Os achados reforçam a importância de abordagens interseccionais no estudo do estigma em saúde mental, e na preocupação com atitudes indiretas preditoras de discriminação.



**Palavras-chave:** estereótipos; saúde mental; esquizofrenia; racismo; desumanização.

## ABSTRACT

Current research on stereotypes and racism suggests that race may intensify stigma, but few experimental studies have examined race and schizophrenia together in Portuguese samples. This study aimed to assess the effect of race on stereotypes, internalized stigma, and dehumanization associated with schizophrenia and to examine the role of participants' racism in these processes in a sample of people living in Portugal. In a quantitative between-subjects experiment, 56 participants were randomly assigned to one of two vignettes describing a White or a Black man diagnosed with schizophrenia. Measures of stereotypes, internalized mental illness stigma, dehumanization, and modern racism were administered. The results showed more positive warmth and morality stereotypes toward the White patient, with no significant differences between experimental conditions on the remaining measures. Significant associations were also expected between competence, warmth, and morality stereotypes, the relationship and perception dimensions of the ISMI, and dehumanization, particularly in the Black-patient condition. This hypothesis was not supported, as the patterns of association were similar across the two experimental conditions. Finally, mediation effects through warmth and morality stereotypes linked the Black-patient condition to greater dehumanization, particularly at low and moderate levels of racism, contrary to expectations. The findings highlight the importance of intersectional approaches to mental health stigma and of examining indirect attitudes that may predict discrimination.



**Keywords:** stereotypes; mental health; schizophrenia; racism; dehumanization.

# ÍNDICE


**INTRODUÇÃO** **1**

1. Estigma, saúde mental e cidadania 1
2. Esteriótipos, categorização e conteúdo dos julgamentos 2
3. Racismo contemporâneo e formas sutis de preconceito 5
4. Desumanização e legitimização so tratamento desigual 6
5. Iterseccionalidade: raça e estigma da esquizofrenia 8
6. Lacunas de investigção 9
7. Visão geral e hipóteses 10

**MÉTODO** **11**

1. Participantes 11
2. Desenho Experiemental 11
3. Procedimento 12
4. Medidas

**RESULTADOS** **16**

**DISCUSSÃO** **20**

**CONCLUSÕES** **24**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** **26**

**APÊNDICE** **30**

# INTRODUÇÃO

## 1. Estigma, saúde mental e cidadania

Este estudo teve como objetivo avaliar atitudes de racismo em contexto de estigmatização associado à esquizofrenia. Para compreender esse contexto de estigmatização, o sociólogo Erving Goffman, em seu livro Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada (1963), definiu o estigma como "um atributo profundamente desacreditador" que faz com que uma pessoa seja vista como "anormal" ou "inferior". Goffman (1963) argumenta que os estigmas podem ser evidentes ou ocultos e podem ser baseados em várias características como raça, gênero, orientação sexual, status socioeconômico e, claro, saúde mental.

Desta forma, entende-se que o preconceito associado aos transtornos mentais constitui uma barreira significativa no processo de inclusão social e na manutenção da dignidade das pessoas afetadas, reproduzindo preconceitos históricos que atravessam diversas dimensões sociais, culturais e morais que ameaçam a humanização e a cidadania. Para Hannah Arendt (1993), a cidadania é mais do que um mero status legal ou político de pertencer a um determinado país ou ter direitos e deveres formais. Em vez disso, a cidadania é uma condição ativa e participativa na qual os indivíduos exercem sua liberdade e responsabilidade política. A cidadania se realiza plenamente na esfera pública, onde os cidadãos podem participar ativamente das decisões políticas e contribuir para o bem comum. Essa esfera pública é constituída por espaços de encontro e discussão, como as assembleias, os conselhos, os parlamentos e as ruas, onde os cidadãos podem expressar suas opiniões, debater ideias e exercer sua capacidade de julgamento crítico. Contrariando este conceito, a condição dita irracional retira do doente mental o direito do exercício pleno da cidadania.

Se o alienado era considerado um despossuído da Razão plena e a Razão seria a condição elementar para definir a natureza humana e diferenciá-la das demais espécies vivas na natureza existiria, na origem, um impedimento para que o alienado fosse admitido um cidadão. Para Leuret, discípulo de Pinel, a alienação mental produzia a perda do livre arbítrio e, consequentemente, da liberdade. Para recuperar a liberdade (como livre arbítrio) é necessário recuperar a Razão! (Amarante, 2013, p. 48)

Esta noção de perda da razão culmina na noção de incapacidade e perda de autonomia. Por exemplo: pessoas diagnosticadas com transtornos mentais podem ter seus direitos civis e políticos restringidos, podem ser internadas compulsoriamente em hospitais psiquiátricos e instituições de saúde mental, ou podem ser excluídas da vida social e econômica. De acordo com Amarante (2013), isso ocorre porque a psiquiatria contribuiu para que a representação social do louco seja de periculosidade. A pessoa em sofrimento psíquico pode ser vista como uma ameaça à segurança pública, além de ser considerada incapaz de desenvolver atividades que contribuam para a comunidade.

> Se adotadas estas noções de alienado, de periculosidade, de perda da razão, e assim por diante, vamos construir instituições de disciplina, correção moral, vigilância, custódia, punição. Vamos construir, da mesma forma, leis restritivas, autoritárias, impeditivas. Vamos, enfim, construir representações sociais e sentidos sociais de medo, de risco, de exclusão: estigmas, discriminações, preconceitos. No máximo vamos perceber algumas atitudes de tolerância. Mas, Franco Basaglia insistia que a questão não deveria ser direcionada para a ideia da tolerância. A "ideologia da tolerância", como ele se referia, é arrogante e pretensiosa, pois implica suportar (tolerar) o outro. (Amarante, 2013, p. 77).

Essa crítica mostra que existe uma diferença entre tolerar a presença de pessoas com transtornos mentais e percebê-las como pessoas com igual dignidade e direitos. Essa distinção ajuda a situar a importância dos julgamentos dirigidos às pessoas com diagnóstico de esquizofrenia: é importante compreender os estereótipos que lhes são atribuídos e em que medida esses julgamentos se associam à negação da sua humanidade.

Essas avaliações evidenciam a relevancia de investigar não apenas o reconhecimento do diagnóstico, mas também o conteúdo dos julgamentos dirigidos às pessoas que o recebem. É nesse aspecto que o estudo dos estereótipos contribui para o entendimento das representações associadas à esquizofrenia.

## 2. Estereótipos, categorização e conteúdo dos julgamentos sociais

Para o entendimento desse fenômeno, faz-se necessário entender como os diversos processos psicossociais interagem na produção e manutenção do estigma, sendo a

estereotipização um dos principais. A obra organizada por Macrae, Stangor e Hewstone (1996), Stereotypes and Stereotyping, revela que os estereótipos são compreendidos como crenças generalizadas que atribuem características específicas a determinados grupos sociais. Estes processos são o resultado de processos de categorização que faz com que o ambiente social seja simplificado, mas que influenciam a atenção, a memória e o julgamento acerca das pessoas que compõem esses grupos. No caso dos transtornos mentais, esses estereótipos frequentemente envolvem ideias de incompetência, periculosidade ou imprevisibilidade, fomentando o medo e encorajando o distanciamento social.

Para compreender a relação entre estereótipos e discriminação, importa distinguir estereótipos, preconceito e discriminação. Os estereótipos dizem respeito às crenças sobre as características de um grupo; o preconceito envolve atitudes desfavoráveis de pessoas em função do seu pertencimento a um grupo; e a discriminação refere-se ao tratamento desigual que as desfavorece com base nesse pertencimento (Corrigan & Watson, 2002). A discriminação ultrapassa a percepção de semelhanças e diferenças: pode ser manifestada como exclusão ou desigualdade no acesso a oportunidades e recursos. Conhecer um estereótipo não implica concordar com ele; a adesão a crenças negativas e as reações emocionais associadas ajudam a compreender a passagem à exclusão ou à recusa de oportunidades (Corrigan & Watson, 2002). Essa passagem não é automática. A análise de Vala et al. (2015) permite considerar o papel das normas sociais, do favorecimento do próprio grupo e das justificativas para o tratamento desigual, mesmo quando a hostilidade aberta é rejeitada.

Ao que se refere ao estigma da esquizofrenia, é possivel investigar como atribuições de incapacidade ou periculosidade podem ser mobilizadas para justificar o afastamento ou um tratamento menos favorável (Corrigan & Watson, 2002). Assim, é importante compreender quando as características atribuídas à pessoa passam a funcionar como razões para aceitar a sua exclusão. Essa aceitação deve ser distinguida da realização de atos discriminatórios: concordar com um tratamento desigual expressa uma posição favorável a esse tratamento, mas não afirma que ele tenha sido praticado. Por isso, entender o conteúdo dos julgamentos constitui um passo para investigar sua relação com a legitimação da desigualdade.

A análise de que forma a raça de um paciente com esquizofrenia se reflete nos julgamentos feitos sobre ele é melhor compreendida com o modelo do conteúdo dos

estereótipos (Fiske et al., 2002) que apresenta um enquadramento segundo o qual as impressões sobre grupos sociais se organizam em duas dimensões fundamentais: a competência e o calor humano. Pesquisas posteriores mostraram que a moralidade constitui uma dimensão distinta, com peso central na avaliação de pessoas e de grupos (Brambilla et al., 2012; Leach et al., 2007). Essa distinção permite considerar a competência, a simpatia e a moralidade como conteúdos/dimensões relevantes para compreender a avaliação social.

Para Fiske et al. (2002), a competência diz respeito à capacidade percebida de agir e alcançar objetivos, enquanto o calor humano se refere às intenções atribuídas ao outro. Essas avaliações estão ligadas à organização das relações entre grupos: o estatuto grupal percebido associa-se à competência atribuída aos grupos, e a competição percebida, a menor calor humano. Os julgamentos podem, por isso, ser ambivalentes: um grupo pode ser considerado competente e pouco caloroso, ou caloroso e pouco competente. A presença de uma avaliação positiva em uma dimensão não elimina, necessariamente, a desvalorização em outra.

No estudo presente, simpatia é a designação adotada para a dimensão relacional dos julgamentos, aproximando-se do conceito de sociabilidade discutido por Leach et al. (2007) e Brambilla et al. (2012). Calor humano é utilizado para referir a dimensão mais ampla do modelo de Fiske et al. (2002), cujos conteúdos relacionais podem ser distinguidos em sociabilidade e moralidade. Assim, simpatia e moralidade são tratadas separadamente, sem pressupor que simpatia esgote o significado de calor humano.

A distinção entre simpatia e moralidade permite aprofundar essa análise. Leach et al. (2007) identificaram competência, sociabilidade e moralidade como dimensões distintas e encontraram particular relevância da moralidade para a avaliação positiva do próprio grupo. Assim, avaliar alguém como amigável não não significa que a pessoa é considerada honesta ou dotado de princípios morais. No presente estudo, essa distinção orienta o interesse por diferentes conteúdos dos julgamentos sociais, sem pressupor que todos respondam da mesma forma à raça da pessoa apresentada.

Brambilla et al. (2012) mostraram, em estudos sobre impressões de um grupo apresentado em um cenário de imigração, que a informação sobre moralidade teve maior peso na avaliação global do que a informação sobre sociabilidade ou competência. Em um desses

estudos, a percepção de ameaça ajudou a explicar essa relação: a atribuição de menor moralidade associou-se a maior ameaça percebida e a uma impressão menos favorável. Assim, a distinção entre simpatia, entendida aqui em relação à sociabilidade, e moralidade permite diferenciar a facilidade de estabelecer relações da confiança depositada nas intenções do outro.

As representações de incapacidade e periculosidade anteriormente citadas podem levar quem avalia a questionar tanto a capacidade da pessoa para agir como as suas intenções nas relações sociais. Propõe-se, no entanto, que a condição de estigma associado a doença mental (esquizofrenia) seja considerada em interação com condições de vulnerabilidade diferenciada, e compreender se a desvalorização desta condição interseccional se expressa na competência que lhe é reconhecida, na simpatia que lhe é atribuída ou na sua moralidade percebida. Isto contitui uma articulação entre a literatura sobre estigma e a formação de impressões, sem pressupor que o diagnóstico determine avaliações igualmente negativas nas três dimensões (Link et al., 1999; Fiske et al., 2002; Brambilla et al., 2012).

## 3. Racismo contemporâneo e formas sutis de preconceito

O entendimento dos estereótipos como representações socialmente compartilhadas e ligadas às relações entre grupos remete ao estudo do racismo contemporâneo. A obra de Vala, Brito e Lopes (2015) compreende o racismo como um fenômeno psicossocial que não se manifesta apenas de formas explícitas de hostilidade, agressividade ou de inferiorização racial.

No estudo de Vala et al. (2015), os participantes avaliaram as categorias “um português típico” e “um negro típico”, tal como foram apresentadas pelos autores. Nesse aspecto, a diferenciação entre as categorias foi construída através da valorização do próprio grupo e da atribuição reduzida de características positivas ao outro. Assim, a existência do racismo pode permanecer mesmo quando não existe uma atribuição explícita de características negativas às pessoas negras. Esses resultados devem ser compreendidos à luz das categorias utilizadas naquele estudo, sem equiparar nacionalidade portuguesa a raça branca.

Por isso, é possível compreender que o racismo não desaparece com a rejeição formal da discriminação racial; ele pode ser adaptado para as normas sociais e manifestar-se através de estereótipos, emoções, percepções de ameaça e diferenças culturais. É justamente através

dessa transformação que é sintetizada a interpretação feita pelos autores: "o racismo reveste hoje formas mais sutis e difusas" (Vala et al., 2015, p. 70).

Na discussão do racismo moderno, Santos et al. (2006) descrevem formas de preconceito que podem coexistir com a rejeição pública da discriminação. O racismo pode expressar-se pela minimização da discriminação vivida pelas pessoas negras e pela interpretação de suas reivindicações como excessivas ou injustificadas. Nessa perspectiva, reconhecer verbalmente a igualdade não impede que se desvalorize um grupo ou se conteste a legitimidade das suas reivindicações. A análise do preconceito exige, portanto, considerar também os argumentos que tornam o tratamento desigual aparentemente aceitável.

## 4. Desumanização e legitimação do tratamento desigual

Os estereótipos negativos podem estar associados à desumanização, entendida como a negação a outras pessoas de atributos considerados essenciais à humanidade (Haslam, 2006; Haslam & Loughnan, 2014), atitudes discriminatórias flagrantes. É necessário, contudo, distinguir a atribuição de características desfavoráveis da negação de humanidade: uma avaliação negativa não constitui, por si só, desumanização.

Haslam (2006) distingue a negação de atributos considerados exclusivamente humanos, como a racionalidade e a sensibilidade moral, da negação de características da natureza humana, como a responsividade emocional e o calor interpessoal. A primeira forma aproxima a representação da pessoa de um animal, enquanto a segunda, de um objeto ou autômato. Essa distinção revela por que a humanidade pode ser negada por diferentes vias e por que esse processo não se reduz à intensidade de uma impressão desfavorável.

Diante dessa perspectiva, propõe-se que os julgamentos de competência, simpatia e moralidade possam contribuir para compreender a desumanização quando a desvalorização ultrapassa uma característica particular e passa a negar à pessoa capacidades ou qualidades humanas. Julgar alguém menos competente em uma tarefa, por exemplo, é diferente de negar que esta pessoa não possui capacidade de pensar e decidir. A aproximação entre esses conteúdos é teórica e não implica que as três dimensões dos estereótipos correspondam diretamente a formas de desumanização (Haslam, 2006). No entanto, podem ser preditores das mesmas.

A dimensão desumanizante do racismo é, aliás, central em outras perspectivas teóricas. Nos seus relatos sobre racismo instituído, Fanon (2008) aborda a importância do corpo negro no processo de desumanização que o sistema racista constrói.

> No mundo branco, o homem de cor encontra dificuldades na elaboração de seu esquema corporal. O conhecimento do corpo é unicamente uma atividade de negação. É um conhecimento em terceira pessoa. Em torno do corpo reina uma atmosfera densa de incertezas [...] lenta construção de meu eu enquanto corpo, no seio de um mundo espacial e temporal, tal parece ser o esquema. Este não se impõe a mim, é mais uma estruturação definitiva do eu e do mundo – definitiva, pois entre meu corpo e o mundo se estabelece uma dialética efetiva. (Fanon, 2008, p. 104).

É na sua corporeidade que a pessoa negra é atingida e negada. Para Fanon (2008), o racismo não se limita a apresentar uma hierarquia de raças, mas envolve uma fixação de características biológicas que atuam para reforçar estereótipos raciais previamente construídos. Fixar a figura do negro em seu exterior é uma estratégia fundamental do sistema colonialista, isso se dá pela desassociação do negro da sua condição de ser pensante e racional, afastando-o da ideia de homem enquanto detentor da razão.

A desumanização pode contribuir para legitimar o tratamento desigual: quando uma pessoa é representada como menos humana, a agressão ou a exclusão dirigidas a ela podem parecer mais aceitáveis (Haslam & Loughnan, 2014). O problema teórico passa, assim, pela relação entre os atributos que lhe são reconhecidos e a consideração moral que lhe é concedida. Essa relação permite compreender o interesse em investigar a aceitação de tratamento desumano, para além da formação de uma impressão desfavorável.

Esse raciocínio também se articula com o desengajamento moral, entendido como o conjunto de processos que permitem justificar ações prejudiciais sem abandonar explicitamente os próprios padrões morais. Ao discutirem a intervenção de testemunhas perante discurso de ódio contra imigrantes, Carvalho et al. (2025) incluem a desumanização entre esses mecanismos. A negação de humanidade pode, nesse enquadramento, reduzir os obstáculos morais à aceitação do dano. A contribuição dessa referência para o presente estudo é conceitual:

ajuda a explicar como a desvalorização pode ser mobilizada para justificar tratamento desumano, embora o artigo tenha como foco outro contexto.

## 5. Interseccionalidade: raça e estigma da esquizofrenia

Além do preconceito derivado do diagnóstico de um problema mental, importa considerar que a pessoa também é percebida a partir de outros marcadores sociais, como gênero, classe e, particularmente, raça. Ou seja, o sujeito pode ser avaliado a partir de mais de um marcador social, e a interseccionalidade entre raça e estigma da esquizofrenia coloca a questão de como esses marcadores se articulam nos julgamentos dirigidos a ele. Por isso, não é possível olhar para a doença de forma isolada e meramente biológica.

O conceito de interseccionalidade, formulado por Crenshaw (1989) questiona a abordagem isolada de eixos de desigualdade que podem atuar conjuntamente. Essa perspectiva orienta a reflexão sobre raça e estigma da esquizofrenia: as avaliações dirigidas a uma pessoa podem envolver simultaneamente significados associados à racialização e ao diagnóstico. Não se pressupõe que essas formas de estigmatização constituam uma simples soma; procura-se compreender sua articulação nos julgamentos sociais.

A articulação proposta parte de duas ideias já desenvolvidas: o diagnóstico pode situar a pessoa em uma categoria socialmente estigmatizada, e a categorização racial pode introduzir diferenciações na forma como ela é avaliada. Consideradas em conjunto, essas ideias levantam a possibilidade de que informações sobre uma pessoa com esquizofrenia sejam interpretadas à luz de crenças raciais previamente compartilhadas (Macrae et al., 1996; Vala et al., 2015). O diagnóstico não elimina a relevância da raça, assim como a raça não esgota os significados atribuídos ao diagnóstico. A questão é compreender como esses conteúdos se articulam em uma mesma avaliação, em vez de pressupor a simples soma de duas formas de estigma.

O racismo em suas formas sutis, anteriormente discutidas, que funciona por meio de justificativas culturalmente aceitáveis, como alegações de que é necessário manter a ordem e a segurança, pode ser investigado em situações nas quais a pessoa avaliada também apresenta um diagnóstico psiquiátrico. A questão, neste estudo, é se a presença do diagnóstico de esquizofrenia constitui um contexto no qual avaliações racialmente diferenciadas se associam a formas mais abertas de rejeição. Propõe-se investigar se os estereótipos atribuídos à pessoa

negra com esse diagnóstico se relacionam com maior desumanização. Assim, a compreensão do racismo é fundamental para formular hipóteses sobre a exclusão de indivíduos que ocupam posições de vulnerabilidade de múltiplas formas.

As crenças de quem avalia também devem ser consideradas nesse processo. Se o racismo envolve diferenciações entre grupos e formas de justificar desigualdades, a maior adesão a essas crenças pode tornar os julgamentos sobre a pessoa negra mais dependentes de representações raciais desvalorizadoras (Vala et al., 2015; Santos et al., 2006). Deriva-se daí a expectativa de que a diferenciação entre uma pessoa negra e uma pessoa branca com esquizofrenia seja mais acentuada entre quem manifesta maior racismo. Não se pressupõe que todas as pessoas interpretem o diagnóstico da mesma maneira, nem que o diagnóstico intensifique necessariamente o preconceito racial.

## 6. Presente estudo

As contribuições apresentadas permitem compreender três aspectos do problema. O modelo do conteúdo dos estereótipos e seus desenvolvimentos distinguem dimensões dos julgamentos sociais que não são equivalentes entre si (Fiske et al., 2002; Leach et al., 2007; Brambilla et al., 2012). A análise do racismo mostra que a diferenciação entre grupos pode persistir sem hostilidade abertamente declarada (Vala et al., 2015; Santos et al., 2006). Por sua vez, a literatura sobre desumanização permite relacionar a negação de humanidade com a aceitação de tratamento desigual (Haslam & Loughnan, 2014).

Ainda assim, essas contribuições não esclarecem, por si só, como raça e estigma da esquizofrenia se articulam na atribuição de competência, simpatia e moralidade, nem como esses julgamentos se relacionam com a desumanização em função das atitudes racistas de quem avalia. A lacuna que orienta esta investigação diz respeito a essa articulação específica e à sua expressão em uma amostra de pessoas residentes em Portugal. Torna-se, por isso, relevante examinar experimentalmente os julgamentos sobre um paciente branco e um paciente negro com o mesmo diagnóstico e a mesma informação clínica. A contribuição pretendida situa-se na compreensão desses julgamentos e na reflexão sobre igualdade e justiça social.

Em suma, à luz da perspectiva da interseccionalidade, esta investigação articula a categorização racial, o conteúdo dos estereótipos e a desumanização no contexto do estigma da esquizofrenia. O raciocínio proposto é que a raça possa orientar a atribuição de competência, simpatia e moralidade e que essas avaliações, quando expressam desvalorização da pessoa, se relacionem com a aceitação de tratamento desumano. Uma maior adesão a crenças racistas poderá acentuar a diferenciação racial nesses julgamentos e, por essa via, sua relação com a desumanização. As três dimensões são consideradas porque distinguem conteúdos da avaliação social, sem pressupor que tenham o mesmo peso nesse processo. Essa articulação reúne o fundamento teórico que conduz às hipóteses do estudo; a existência e a intensidade dessas relações permanecem questões a investigar.

## 7. Visão Geral e Hipóteses

O estudo procurou responder às seguintes perguntas de pesquisa: qual o efeito da raça associada num paciente com esquizofrenia em atitudes de discriminação relacionadas com estereótipos e desumanização? De que forma é que atitudes preconceituosas (racismo) explicam estes processos?

Assumindo a existência de racismo moderno na sociedade Portuguesa, formularam-se as seguintes hipóteses:

(1) Espera-se que as atitudes e julgamentos face a um paciente negro com esquizofrenia sejam mais negativas do que face a um paciente branco com esquizofrenia.

(2) Esperam-se associações significativas entre estereótipos (de competência, simpatia e moralidade), Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental - ISMI (relação e percepções) e desumanização, principalmente na condição em que o paciente com esquizofrenia é negro.

(3) Esperam-se níveis mais elevados de desumanização perante um paciente negro com esquizofrenia (por comparação com um paciente branco), na medida em que os estereótipos de competência, simpatia e moralidade associados a esse paciente são mais negativos. Esta mediação deve ser mais forte para participantes com níveis mais elevados de racismo.

# MÉTODO

## 1. Participantes

Participaram do estudo 56 pessoas da população geral residentes em Portugal, distribuídas aleatoriamente por duas condições experimentais: 29 avaliaram a pessoa apresentada na imagem de um homem branco e 27 avaliaram a pessoa apresentada na imagem de um homem negro. Quanto ao gênero, 38 participantes (67,9%) identificaram-se como mulheres, 17 (30,4%) como homens e 1 (1,8%) com outra identificação. A idade variou entre 18 e 62 anos.

## 2. Desenho experimental

Realizou-se um estudo experimental quantitativo, seguindo um plano com um fator interparticipantes — a raça do paciente — com duas condições: Paciente branco versus Paciente negro. Cada participante foi distribuído aleatoriamente por uma das condições, tendo acesso a um relatório clínico acompanhado da imagem de um homem branco ou de um homem negro.

## 3. Procedimento

Os participantes foram recrutados por amostragem de conveniência, por meio da divulgação do questionário online em plataformas digitais (WhatsApp, Instagram e Reddit), do contato direto com pessoas nas ruas e nas universidades da cidade do Porto.

Ao acessarem o link, os participantes leram e assinaram digitalmente o termo de consentimento informado e preencheram o questionário sociodemográfico. Em seguida, foram distribuídos aleatoriamente por uma das duas condições, denominadas “Paciente Branco” e “Paciente Negro”**,** leram a vinheta correspondente e responderam às escalas de estereótipos, estigma internalizado e desumanização. Após responderem às escalas, preencheram as questões de controle no final do estudo 1. Ao final dessa primeira parte, foram convidados a continuar para uma segunda parte, apresentada como um estudo distinto sobre questões sociais em geral para evitar que os participantes percebessem o real propósito do estudo. Nesse “outro estudo”, responderam a atitudes de Racismo Moderno. Por fim, foi apresentada uma mensagem de

debriefing, que esclareceu os objetivos reais do estudo, a manipulação experimental e o cenário experimental.

Manipulação da raça do paciente: Cada participante leu um relatório clínico referente a um paciente fictício com diagnóstico de esquizofrenia, acompanhado de uma imagem criada por inteligência artificial. O relatório incluía o motivo da consulta, o histórico de internamento e a avaliação psiquiátrica do paciente. Seu conteúdo textual foi mantido igual nas duas condições experimentais, de modo que todos os participantes receberam as mesmas informações clínicas.

Para a criação das imagens, utilizou-se o ChatGPT, ao qual foi solicitado que produzisse duas versões da imagem de uma mesma pessoa fictícia do sexo masculino, alterando apenas a cor da pele e preservando as demais características. Essa instrução teve como objetivo obter uma imagem para a condição "homem branco" e outra para a condição "homem negro" equivalentes em termos de idade, gênero e condição física aparente, procurando minimizar outras diferenças visuais entre os estímulos.

A manipulação da raça foi realizada por meio da imagem inserida no relatório. Em ambas as versões, os olhos estavam cobertos por uma tarja, e os campos de identificação do paciente e da instituição encontravam-se ocultos, em consonância com a apresentação do material como um caso clínico anonimizado. Cada participante teve acesso apenas ao relatório correspondente à condição experimental que lhe foi atribuída.

## 4. Medidas

Questionário sociodemográfico: Foram recolhidas informações sobre idade, gênero, nacionalidade, residência atual e situação profissional. Perguntou-se também se os participantes trabalhavam na área da saúde e, em caso afirmativo, em qual área.

Questões de controle: No final do estudo 1, depois das escalas, foram incluídas perguntas sobre o sexo e a cor/raça do paciente apresentado, permitindo verificar a identificação dessas características. Para verificar a compreensão do relatório clínico, foram colocadas questões sobre o motivo da consulta, o comportamento descrito pela família, as ideias manifestadas pelo paciente e seu diagnóstico anterior. Recolheu-se ainda informação sobre a

frequência de contato prévio dos participantes com pacientes com esquizofrenia, com as opções de resposta “Frequentemente”, “Às vezes” e “Raramente ou nunca”.

Todas as escalas foram adaptadas para o presente estudo e respondidas numa escala do tipo Likert de 7 pontos. ***Estereótipos.*** A Escala de Estereótipos (Fiske et al., 2002) mede estereótipos particularmente as dimensões de competência, simpatia e moralidade. É composta por 13 itens, respondidos na escala de 1 (pouco) a 7 (muito): “Em que medida considera que esta pessoa deve ser, no geral:”. A dimensão de competência compreendeu cinco itens: “competente para qualquer profissão”, “independente”, “inteligente”, “capaz de exercer qualquer tarefa” e “capaz de adquirir competências para qualquer profissão”. A dimensão de simpatia compreendeu três itens: “calorosa”, “confiável” e “amigável”. A dimensão de moralidade compreendeu cinco itens: “bem-intencionada”, “leal”, “honesta”, “respeitadora” e “com princípios morais”.

As consistências internas das dimensão de competência ($\alpha$ = .930), de simpatia ($\alpha$ = .884), e de moralidade ($\alpha$ = .975) foram elevados. Para cada dimensão, foi calculado um escore médio dos itens correspondentes. Os escores médios foram denominados competência, simpatia e moralidade, correspondendo os valores mais elevados a uma maior atribuição dos traços positivos de cada dimensão.

***Estigma internalizado (perceções e relações).*** A Escala de Estigma Internalizado de Transtorno Mental (ISMI; Soares et al., 2015) foi adaptada da versão brasileira da Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI), validada para pessoas com dependência de substâncias por Soares et al. (2015). A escala original foi desenvolvida em inglês para avaliar o estigma internalizado. Neste estudo em questão, os enunciados foram ajustados para recolher os julgamentos dos participantes acerca do paciente apresentado na vinheta. Os itens foram organizados nas dimensões de perceções e relações, a versão aplicada foi composta por 13 itens, respondidos de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), organizados nas dimensões de relações e percepções. As perguntas foram dirigidas aos participantes enquanto observadores do caso apresentado, e não ao próprio paciente como relato de sua experiência de estigma internalizado.

O primeiro bloco foi introduzido pela questão "De acordo com o caso apresentado, em que medida considera que esta pessoa...". A dimensão ISMI-percepções compreendeu dez itens: "tende a ser violenta"; "é discriminada"; "não se deveria se casar"; "contribui para a sociedade"; "é inferior aos outros que não possuem transtorno mental"; "parece ou comporta-se de forma 'estranha'"; "não pode viver uma vida satisfatória"; "não consegue alcançar muito na vida"; "por ter esquizofrenia, tem a vida prejudicada"; e "não é capaz de tomar as suas próprias decisões". O segundo bloco foi introduzido pela instrução "Agora, dê a sua opinião acerca de como pensa que se relacionaria com esta pessoa". A dimensão ISMI-relações compreendeu três itens: "Sentir-me-ia à vontade em público na companhia desta pessoa", "Tenderia a evitar aproximar-me desta pessoa" e "Não tenho interesse em me aproximar desta pessoa". Esses itens abordavam a disposição para estabelecer uma relação com o paciente apresentado.

A consistência interna da dimensão ISMI-relações ($\alpha$ = .742) e da dimensão ISMI-percepções ($\alpha$ = .780) foi satisfatória. Para cada dimensão, foi calculado um escore médio dos itens correspondentes. Os escores médios das duas dimensões foram denominados ISMI-percepções e ISMI-relações.

***Desumanização.*** A Escala de Desumanização (Carvalho et al., 2025) mede percepções de humanidade negada. É composta por 4 itens, respondidos de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). A instrução solicitava que os participantes indicassem até que ponto concordavam ou discordavam das seguintes afirmações sobre pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, tendo particularmente em conta o caso apresentado: "Não há problema em dirigir atitudes mais agressivas contra uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia que se comporta como um animal"; "Algumas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia merecem ser tratadas como animais"; "Uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia que é desagradável ou ofensiva não merece ser tratada como um ser humano"; e "Pessoas com diagnóstico de esquizofrenia deveriam ser tratadas com mais severidade, porque não têm sentimentos e, portanto, não se sentem magoadas".

A escala apresentou uma consistência robusta ($\alpha$ = .897). Foi calculado um escore médio dos itens, denominado escore de desumanização. Valores mais elevados indicam maior concordância com a legitimação de tratamento desumano e com a negação de atributos humanos.

***Racismo moderno.*** A Escala de Racismo Moderno (Santos et al., 2006) mede o preconceito racial sutil. A escala foi adaptada em três versões, dirigidas a mulheres, imigrantes e pessoas negras, cada uma com 12 itens, respondidos de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Todos os participantes responderam às três versões. As versões dirigidas a mulheres e a imigrantes serviram apenas para que os participantes não percebessem que o racismo estava sendo avaliado diretamente, e apenas a versão dirigida a pessoas negras foi considerada nas análises.

Na versão dirigida a pessoas negras, a instrução foi: "De acordo com a sua perceção sobre pessoas negras, diga em que medida concorda com cada uma das seguintes afirmações". Os 12 itens eram: "não necessitam de ajuda, apenas se devem esforçar"; "têm conseguido mais do que merecem"; "Tem-se dada demasiada importância ao seus movimentos de protesto"; "são muito exigentes em relação aos seus direitos"; "devem superar o preconceito sem apoio como aconteceu com outros grupos"; "Parece pouco prudente dar importância às suas queixas"; "recebem muito respeito e consideração"; "A discriminação de pessoas negras não é um problema de Portugal"; "têm muita influência política"; "É compreensível estarem descontentes"; "nunca estiveram tão bem como agora"; e "As queixas que as pessoa negras fazem recebem menos atenção do que as das pessoas brancas". Os enunciados foram transcritos conforme o inquérito aplicado.

A medida de racismo apresentou uma consistência interna robusta ($\alpha = .801$). Foi calculado um escore médio dos itens, denominado escore de racismo.

# RESULTADOS

## *Análise da Hipótese 1: diferenças de médias*

Para testar a Hipótese 1, foram realizadas comparações de médias entre as condições Paciente Negro e Paciente Branco. Os resultados evidenciaram médias semelhantes entre a condição Paciente Negro e a condição Paciente Branco para as medidas de racismo, $t(54) = 1.14$, $p = .257$; ISMI_relações, $t(54) = 1.33$, $p = .190$; ISMI_percepções, $t(54) < 1$; desumanização, $t(54) < 1$; e estereótipo de competência, $t(54) = 1.19$, $p = .241$. Os resultados evidenciaram estereótipos de simpatia ($M = 4.51$, $DP = 1.57$) e de moralidade ($M = 4.99$, $DP = 1.48$) mais positivos em relação ao paciente branco do que ao paciente negro (simpatia: $M = 3.68$, $DP = 1.16$; $t54 = 2.23$, $p = .030$; moralidade: $M = 4.07$, $DP = 1.37$; $t54 = 2.43$, $p = .018$).

A Hipótese 1 foi parcialmente confirmada. Conforme previsto, os participantes atribuíram avaliações menos positivas ao paciente negro do que ao paciente branco nas dimensões de simpatia e moralidade. Entretanto, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as condições quanto à competência, às dimensões de relações e percepções do ISMI ou à desumanização. Assim, a expectativa de atitudes e julgamentos mais negativos em relação ao paciente negro recebeu apoio apenas nas dimensões de simpatia e moralidade.

## *Análise da Hipótese 2: associações*

Para testar a Hipótese 2, segundo a qual se esperavam associações significativas entre os estereótipos de competência, simpatia e moralidade, as dimensões de relações e percepções do ISMI e a desumanização, principalmente na condição “Paciente Negro”, foram realizadas correlações momento-produto de Pearson, separadamente para cada condição experimental. Também foram examinadas as correlações dessas variáveis com o racismo dos participantes. Os resultados são apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1**

*Correlações Momento-Produto de Pearson entre as variáveis do estudo.*

| Variável | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Racismo | — | −.033 | .108 | −.457* | −.490** | −.636*** | .584*** |
| 2. ISMI — relações | .115 | — | .238 | −.115 | −.090 | −.036 | −.036 |
| 3. ISMI — percepções | .326 | .315 | — | −.567** | .308 | .328 | −.030 |
| 4. Competência | −.490** | −.223 | −.055 | — | .777*** | .804*** | −.315 |
| 5. Simpatia | −.395* | −.161 | −.006 | .599*** | — | .915*** | −.257 |
| 6. Moralidade | −.350 | −.047 | −.052 | .782*** | .728*** | — | −.415* |
| 7. Desumanização | .766*** | .191 | .339 | −.523** | −.406* | −.409* | — |

*Nota.* Os valores abaixo da diagonal correspondem à condição Paciente Negro ($n$ = 27); os valores acima da diagonal correspondem à condição Paciente Branco ($n$ = 29). ISMI = Internalized Stigma of Mental Illness. Competência, simpatia e moralidade são dimensões dos estereótipos. Os valores apresentados são coeficientes de correlação de Pearson. Testes bilaterais. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Na condição "Paciente Negro", o racismo associou-se negativamente e de forma estatisticamente significativa com os estereótipos de competência ($r$ = −.490, $p$ = .010) e simpatia ($r$ = −.395, $p$ = .041), e uma correlação positiva com a desumanização ($r$ = .766, $p$ < .001). Não foram identificadas correlações estatisticamente significativas entre o racismo e a moralidade ou as dimensões do ISMI. Os estereótipos de competência ($r$ = −.523, $p$ = .005), simpatia ($r$ = −.406, $p$ = .036) e moralidade ($r$ = −.409, $p$ = .034) correlacionaram-se

negativamente com a desumanização. Nessa condição, as dimensões do ISMI não apresentaram correlações estatisticamente significativas com as demais variáveis.

Na condição "Paciente Branco", o racismo apresentou correlações negativas e estatisticamente significativas com os estereótipos de competência ($r = -.457$, $p = .013$), simpatia ($r = -.490$, $p = .007$) e moralidade ($r = -.636$, $p < .001$), e uma correlação positiva com a desumanização ($r = .584$, $p < .001$). Entre as dimensões dos estereótipos, apenas a moralidade apresentou uma correlação estatisticamente significativa com a desumanização ($r = -.415$, $p = .025$). O ISMI-percepções apresentou uma correlação negativa e estatisticamente significativa com a competência ($r = -.567$, $p = .001$); as demais correlações que envolveram as dimensões do ISMI não foram estatisticamente significativas.

Em conjunto, os resultados não ofereceram apoio consistente à Hipótese 2. Na condição "Paciente Negro", as três dimensões dos estereótipos se correlacionaram significativamente com a desumanização, enquanto, na condição "Paciente Branco", essa associação foi significativa apenas para a moralidade. Entretanto, as associações esperadas envolvendo o ISMI não foram observadas de forma consistente, e sua única correlação significativa ocorreu na condição "Paciente Branco". A presença de uma correlação significativa em uma condição e não significativa na outra não demonstra, por si só, uma diferença entre essas correlações; as análises apresentadas examinam as associações dentro de cada condição

### *Análise da Hipótese 3: modelos de mediação moderada*

Para testar a Hipótese 3, segundo a qual se esperava maior associação da desumanização à condição de paciente negro, em comparação com o paciente branco, por meio de estereótipos mais negativos de competência, simpatia e moralidade, e principalmente em participantes com níveis mais elevados de racismo, foram analisados modelos de mediação moderada utilizando o Modelo 7 do PROCESS (Hayes, 2025). A condição experimental foi considerada a variável independente, as dimensões dos estereótipos foram consideradas mediadores e a desumanização foi considerada a variável dependente. O racismo foi incluído como moderador da relação entre a condição experimental e os estereótipos, permitindo examinar se os efeitos indiretos variavam conforme os níveis de racismo dos participantes. As dimensões do ISMI não integraram esses modelos dada a ausência de correlações significativas com as outras variáveis.

Os resultados evidenciaram modelos de mediação moderada significativos apenas com os mediadores de estereótipos de simpatia ($R^2$ = .10, $F$2,53 = 2.92, $p$ = .063) e de moralidade ($R^2$ = .17, $F$2,53 = 5.25, $p$ = .008) e, especialmente, ao contrário do previsto, em níveis de racismo baixo e moderado. De facto, no modelo de mediação com estereótipos de simpatia, encontramos efeitos indiretos significativos para níveis de racismo baixo ($b$ = -.23; $SE$ = .175; 95%$IC$[-.667; -.005]) e médio ($b$ = -.22; $SE$ = .166; 95%$IC$[-.633; -.007]). Resultados semelhantes foram encontrados para o modelo com estereótipos de moralidade (níveis baixos de racismo: $b$ = -.35; $SE$ = .189; 95%$IC$[-.781; -.057]); níveis médios de racismo: $b$ = -.31; $SE$ = .178; 95%$IC$[-.723; -.053]). Assim, níveis mais elevados de desumanização estão associados à condição Paciente Negro, na medida em que os participantes atribuem ao paciente estereótipos negativos de simpatia e moralidade. Esse processo foi significativo para participantes com níveis baixos ou médios de racismo.

## DISCUSSÃO

A Hipótese 1 foi parcialmente confirmada. Apenas se encontraram diferenças estatisticamente significativas quanto aos estereótipos de simpatia e moralidade, com avaliações menos positivas do paciente negro. Esses resultados sugerem que a diferenciação racial se manifestou em dimensões relacionadas à avaliação social e interpessoal, e não de forma generalizada em todos os julgamentos. A ausência de diferenças significativas quanto à competência indica que esse padrão não se estendeu à avaliação das capacidades do paciente. A evidenciar-se o racismo, parece assumir uma expressão sutil, compatível com a discussão de Vala et al. (2015) sobre formas de diferenciação que não dependem de hostilidade racial abertamente declarada. Entretanto, a ausência de diferenças significativas quanto à desumanização não permite concluir que os grupos sejam equivalentes ou que não exista discriminação.

A Hipótese 2 não foi, no geral, confirmada. A associação negativa entre moralidade e desumanização ocorreu nas duas condições, enquanto as associações entre competência e desumanização e entre simpatia e desumanização foram estatisticamente significativas apenas na condição “Paciente Negro”. Esses resultados destacam a relação entre julgamentos de moralidade e atitudes de desumanização, independentemente da condição considerada. Contudo, a diferença entre uma correlação significativa e outra não significativa não demonstra, por si só, que as associações sejam mais fortes em uma condição. Além disso, as associações esperadas envolvendo o ISMI não foram observadas de forma consistente.

A associação entre avaliações menos positivas de moralidade e níveis mais elevados de desumanização é coerente com a possibilidade de que julgamentos sobre o caráter moral do outro estejam relacionados a formas mais intensas de distanciamento e negação de humanidade. Nesse sentido, a relevância da moralidade para a avaliação de pessoas e grupos, discutida por Brambilla et al. (2012) e Leach et al. (2007), ajuda a interpretar o padrão observado. Uma pessoa percebida como menos honesta ou menos bem-intencionada pode ser considerada menos merecedora de consideração e proteção. Essa é uma interpretação possível da associação encontrada, à luz da relação entre desumanização e tratamento prejudicial discutida por Haslam e Loughnan (2014), e não uma demonstração de que julgamentos de moralidade tenham causado a desumanização.

Também são relevantes as associações encontradas com a variável racismo na condição "Paciente Branco". Nessa condição, níveis mais elevados de racismo se associaram a avaliações menos positivas de competência, simpatia e moralidade e a maior desumanização. Isso sugere que as atitudes racistas dos participantes podem estar relacionadas a julgamentos desfavoráveis que não se restringem à avaliação do paciente negro. Uma possibilidade é que essas atitudes se articulem com outras formas de preconceito, hipótese que não foi examinada nas análises apresentadas. Seria interessante analisar outras atitudes preconceituosas, dirigidas a mulheres e imigrantes, por exemplo, e observar se estas se associam a estereótipos e desumanização. Essa análise ajudaria a esclarecer se o padrão observado é específico do racismo ou se envolve uma tendência mais ampla de desvalorização de grupos sociais.

Um aspecto particularmente relevante dos resultados da Hipótese 3 é a identificação de efeitos indiretos por meio da simpatia e da moralidade nos níveis baixos e moderados de racismo. Esse padrão não oferece o apoio esperado à previsão de efeitos indiretos mais fortes em níveis elevados de racismo. Contudo, a identificação de efeitos indiretos em determinados níveis do moderador não basta para demonstrar que eles diferem entre si. A conclusão sobre a mediação moderada depende da avaliação do índice de mediação moderada e de seu intervalo de confiança (Hayes, 2025). Assim, a interpretação deve se concentrar nas associações indiretas identificadas, sem afirmar que o processo seja mais intenso entre participantes com menor racismo.

Nos contextos em que a manifestação aberta do preconceito racial é condenada pela sociedade, podem ocorrer avaliações diferentes por meio de julgamentos menos abertamente raciais, incluindo a atribuição menos positiva de determinadas características ao outro grupo (Vala et al., 2015). Nesse sentido, a associação indireta entre a condição "Paciente Negro" e a desumanização, por meio dos estereótipos de simpatia e moralidade, pode ser compatível com uma articulação entre formas sutis de diferenciação racial e a aceitação de tratamento desumano. A contribuição desse resultado está em apontar que a desvalorização do paciente pode se expressar em julgamentos sobre sua simpatia e moralidade, associados a uma maior aceitação de formas explícitas de rejeição.

É possivel interpretar que a atribuição de menor simpatia ou moralidade ajude a justificar o tratamento desigual como uma resposta às características da pessoa, tornando menos

evidente sua relação com a raça. No contexto da esquizofrenia, esses julgamentos podem se articular com representações negativas do diagnóstico e reduzir as restrições à aceitação de tratamento desumano. Essa leitura é compatível com a relação entre desumanização e legitimação do tratamento prejudicial discutida por Haslam e Loughnan (2014). Entretanto, o estudo não demonstra uma passagem temporal do preconceito sutil para a discriminação aberta, nem observou comportamentos discriminatórios. Como o diagnóstico esteve presente nas duas condições, também não é possível concluir que ele tenha intensificado o efeito da raça ou se é a raça que intensifica o estigma do diagnóstico; os achados dizem respeito à diferenciação racial dentro desse contexto de estigmatização.

No presente estudo, contudo, a ausência de diferenças significativas em várias das medidas indica que a relação entre raça e estigma da esquizofrenia não pode ser compreendida apenas como um efeito direto e uniforme da raça sobre todas as dimensões avaliadas. Isso pode ocorrer porque atribuir características ao paciente, reconhecer situações de discriminação e manifestar disposição para se relacionar com ele envolvem aspectos distintos da avaliação social. Uma pessoa pode, por exemplo, reconhecer que alguém sofre discriminação sem concordar com o tratamento discriminatório.

Quanto ao ISMI, não foi observado um padrão consistente de associações com as demais variáveis, embora a dimensão de percepções tenha apresentado uma correlação negativa significativa com a competência na condição “Paciente Branco”. Uma possibilidade é que as dimensões do ISMI e as outras medidas não apreendam exatamente os mesmos processos psicossociais.

Os modelos de mediação apresentados examinam o papel dos estereótipos de competência, simpatia e moralidade na relação entre a condição experimental e a desumanização, conforme previsto na Hipótese 3. As dimensões do ISMI foram consideradas nas análises de associação relativas à Hipótese 2, mas não integraram esses modelos de mediação por falta de padrão de associação com as outras variáveis.

As diferenças encontradas nos estereótipos de simpatia e moralidade, bem como as associações indiretas relatadas, sugerem a necessidade de considerar dimensões específicas dos julgamentos sociais e a articulação entre diferentes processos psicossociais. Para a reflexão

sobre práticas antidiscriminatórias, isso implica considerar não apenas manifestações abertamente racistas, mas também os julgamentos cotidianos sobre o caráter e a forma de se relacionar das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Essa contribuição se situa na compreensão das atitudes avaliadas. A perspectiva da interseccionalidade permanece relevante para examinar como raça e diagnóstico são considerados conjuntamente, respeitando os limites do desenho experimental utilizado.

# CONCLUSÃO

O presente estudo partiu da constatação de que o estigma associado à esquizofrenia não é um fenômeno natural nem recente, mas uma construção histórica, social e política. Os resultados confirmaram parcialmente a primeira hipótese: o paciente negro foi avaliado de forma menos positiva do que o paciente branco apenas nos estereótipos de simpatia e moralidade, sem diferenças estatisticamente significativas na competência, nas dimensões do ISMI e na desumanização. A segunda hipótese não foi, no geral, confirmada, pois as associações previstas não foram observadas de forma consistente, embora a relação entre moralidade e desumanização tenha ocorrido nas duas condições. Quanto à terceira hipótese, foram identificados efeitos indiretos por meio da simpatia e da moralidade nos níveis baixos e moderados de racismo. O ISMI, por sua vez, não apresentou um padrão consistente de associações com as demais variáveis, embora a dimensão de percepções tenha se correlacionado negativamente com a competência na condição "Paciente Branco".

Diante do exposto, as avaliações menos positivas de simpatia e moralidade do paciente negro e as associações dessas dimensões com a desumanização apontam para a importância de considerar o conteúdo dos julgamentos sociais na reflexão sobre práticas antidiscriminatórias. Esses achados sugerem que ações de formação e sensibilização podem abordar como julgamentos sobre o caráter e a forma de se relacionar do paciente se associam à aceitação de tratamento desumano. Essa reflexão se articula com a inclusão social, o respeito aos direitos humanos, a autonomia e a participação ativa das pessoas em seu tratamento. Entretanto, o estudo examinou atitudes e julgamentos, não permitindo concluir sobre a eficácia dessas ações ou sobre os comportamentos efetivamente adotados em contextos de cuidado.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A amostra foi composta por 56 participantes recrutados por amostragem de conveniência, o que limita a possibilidade de generalização dos resultados para a população residente em Portugal. Além disso, a utilização de vinhetas experimentais e de medidas de autorrelato deve ser considerada, uma vez que as respostas obtidas podem não refletir integralmente as atitudes e os comportamentos manifestados em situações reais. O número de variáveis analisadas também restringe a compreensão de outros fatores que podem interagir com a raça na construção do estigma associado à esquizofrenia. Como o diagnóstico de

esquizofrenia esteve presente nas duas condições, o desenho não permite determinar se ele intensificou a diferenciação racial. A interpretação das dimensões do ISMI também exige considerar que os itens foram respondidos por observadores sobre o paciente apresentado, e não pelo próprio paciente.

Assim, entende-se a importância de pesquisas futuras que poderão ampliar o tamanho e a diversidade da amostra e investigar esses processos em grupos específicos, como profissionais da saúde, considerando que esses profissionais ocupam uma posição relevante no cuidado de pessoas com transtornos mentais. Também poderá ser investigada a influência de outros marcadores associados ao estereótipo, como o histórico de consumo de substâncias psicoativas. A inclusão desse fator permitiria analisar de que maneira diversos marcadores sociais e clínicos podem se articular na formação de estereótipos, desumanização e outras formas de estigmatização. Estudos futuros poderão contribuir para aprofundar a perspectiva interseccional adotada neste trabalho, examinando conjuntamente fatores como raça, saúde mental e consumo de substâncias. A comparação de situações com e sem diagnóstico também permitiria examinar se a diferenciação racial se modifica em função dessa informação.

Nesse sentido, as contribuições do presente estudo apontam para a necessidade de abordagens interseccionais no estudo do estigma em saúde mental, que considerem simultaneamente o diagnóstico, a raça e o contexto sociocultural. Ao examinar julgamentos sobre pacientes branco e negro com esquizofrenia em uma amostra de pessoas residentes em Portugal, este trabalho contribui para compreender como a diferenciação racial pode se manifestar em dimensões específicas da avaliação social e se associar à aceitação de tratamento desumano. Essa contribuição oferece elementos para a reflexão sobre relações mais igualitárias e antidiscriminatórias, respeitando os limites da amostra e das análises realizadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Amarante, P. (2013). *Saúde mental e atenção psicossocial* (4ª ed.). Editora Fiocruz. https://doi.org/10.7476/9788575413685

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Arendt, H. (1993). *A condição humana* (R. Raposo, Trad.; 6ª ed.). Forense Universitária. (Obra original publicada em 1958)

Brambilla, M., Sacchi, S., Rusconi, P., Cherubini, P., & Yzerbyt, V. Y. (2012). You want to give a good impression? Be honest! Moral traits dominate group impression formation. *British Journal of Social Psychology, 51*(1), 149–166. https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.2010.02011.x

Carvalho, C. L., Pinto, I. R., Alves, S., & Bernardo, M. (2025). Development and validation of a measurement of bystander intervention on online hate speech towards immigrants (BIOHS-Immigrants). *Psicologia, 39*(1), 44–62. https://doi.org/10.17575/psicologia.1974

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry, 1*(1), 16–20. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1489832/

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum, 1989*(1), 139–167. https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8/

Fanon, F. (2008). *Pele negra, máscaras brancas* (R. da Silveira, Trad.). EDUFBA. (Obra original publicada em 1952)

Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*(6), 878–902. https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.878

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.

Haslam, N. (2006). Dehumanization: An integrative review. *Personality and Social Psychology Review, 10*(3), 252–264. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_4

Haslam, N., & Loughnan, S. (2014). Dehumanization and infrahumanization. *Annual Review of Psychology, 65*, 399–423. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115045

Hayes, A. F. (2025). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (3rd ed.). The Guilford Press.

Leach, C. W., Ellemers, N., & Barreto, M. (2007). Group virtue: The importance of morality (vs. competence and sociability) in the positive evaluation of in-groups. *Journal of Personality and Social Psychology, 93*(2), 234–249. https://doi.org/10.1037/0022-3514.93.2.234

Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health, 89*(9), 1328–1333. https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1328

Macrae, C. N., Stangor, C., & Hewstone, M. (Eds.). (1996). *Stereotypes and stereotyping*. The Guilford Press.

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. *American Journal of Psychiatry, 167*(11), 1321–1330. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09121743

Santos, W. S. dos, Gouveia, V. V., Navas, M. S., Pimentel, C. E., & Gusmão, E. É. da S. (2006). Escala de racismo moderno: Adaptação ao contexto brasileiro. *Psicologia em Estudo, 11*(3), 637–645. https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000300020

Soares, R. G., Silveira, P. S., Noto, A. R., Boyd, J. E., & Ronzani, T. M. (2015). Validação da versão brasileira da escala ISMI adaptada para dependentes de substâncias. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 31*(2), 229–238. https://doi.org/10.1590/0102-37722015021093229238

Vala, J., Brito, R., & Lopes, D. (2015). *Expressões dos racismos em Portugal* (2ª ed., on-line). Imprensa de Ciências Sociais. https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/15584

# APÊNDICE

## Questionário utilizado no estudo



## Consentimentoinformado

### Consentimento informado

**Introdução e contexto:** O presente estudo está a ser desenvolvido no âmbito do Mestrado em Temas de Psicologia, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP). No âmbito deste mestrado pedimos-lhe a sua colaboração para dois pequenos estudos. A investigadora responsável pelo primeiro estudo é Lísis Dias da Silva ( up202400293edu.fpce.up.pt) , e a investigadora responsável pelo segundo estudo é Isabel Rocha Pinto (ipinto@fpce.up.pt).
Objetivos dos estudos: O objetivo do primeiro estudo é recolher opinião dos cidadãos portugueses face à saúde mental e o objetivo do segundo estudo é conhecer atitudes perante diferentes grupos sociais.

**Procedimentos:** Para além da opinião relacionada com saúde mental em Portugal e as atitudes relativamente a vários grupos sociais,a participação nestes estudos envolve a resposta a alguns dados de caracterização sociodemográfica, como idade, género e nacionalidade. Também iremos solicitar informações relativamente à escolaridade, situação profissional e orientação

política. Em nenhum momento lhe será pedido o nome, endereço eletrónico ou outro dado que o/a possa identificar pessoalmente. No final do primeiro estudo encontrará o link que o(a) dirigirá para o segundo estudo. A resposta a cada estudo tem a duração prevista de 5-10 minutos.

**Elegibilidade:** Poderá participar nestes estudos qualquer cidadão(ã) que tenha, pelo menos, 18 anos de idade.

**Riscos e benefícios:** Não existem riscos significativos associados à participação neste estudo. No entanto, se desejar terminar a sua participação, poderá fazê-lo a qualquer momento e sem quaisquer consequências.
Embora estes estudos não o(a) beneficiem pessoalmente, esperamos que os resultados ajudem a conhecer melhor certos processos psicológicos associados a atitudes sobre saúde mental e sobre determinados grupos sociais em Portugal. Esperamos também que a participação nestes estudos seja interessante e informativa, e/ou lhe permita refletir sobre questões importantes relacionadas com estes tópicos.

**Pagamento ou compensação:** Não receberá qualquer tipo de recompensa material pela participação nestes estudos.
Participação voluntária: A participação nestes estudos é totalmente voluntária. Reforçamos que é livre de recusar participar ou de parar de responder a qualquer momento (para isso, basta fechar o browser).

**Confidencialidade e Proteção de Dados:** Os questionários encontram-se implementados numa plataforma gerida pela Qualtrics, sujeitos às condições da licença subscrita pela FPCEUP. As suas respostas serão descarregadas da plataforma para o computador das investigadoras respectivas de cada estudo onde serão analisadas de forma agregada, ou seja, em conjunto com as respostas dadas por todas as pessoas que respondem a cada estudo. Cada participante apenas será identificado com um código alfanumérico atribuído de forma automática e aleatória pela plataforma dos questionários. Além disso, as investigadoras responsáveis comprometem-se a tratar toda a informação de forma confidencial. Os dados serão armazenados e conservados apenas pelo período necessário para cumprir as finalidades que motivaram a sua recolha e tratamento, ou até cinco anos após a conclusão da recolha de dados.

**Finalidade do tratamento de dados e disseminação dos resultados:** A recolha e o tratamento de dados são realizados, exclusivamente, para fins de investigação científica. Os resultados finais dos estudos poderão ser publicados em revistas científicas e jornais académicos, apresentados em seminários, conferências, aulas ou outras atividades com fins académicos, nos quais serão apenas mencionados os resultados de forma agregada e nunca de forma individual. As investigadoras responsáveis asseguram que os seus dados não serão tratados

para outras finalidades que não as acima indicadas. As bases de dados de tratamento estatístico poderão ser eventualmente exigidas pelas revistas científicas para publicação dos resultados. Nesse caso, as bases de dados de tratamento estatístico terão de ser partilhadas com acesso livre, mas não sendo possível, em caso algum, identificar os participantes.

**Contatos:** Para esclarecer qualquer questão acerca deste estudo poderá contactar as investigadoras responsáveis, através dos endereços eletrónicos up202400293edu.fpce.up.pt (Estudo 1) e ipinto@fpce.up.pt (Estudo 2).

**Gostaria de participar neste estudo?** Ao avançar está a indicar que tem mais de 18 anos, que leu e compreendeu as informações fornecidas anteriormente e que pretende participar no estudo.

## Informação demográfica

Qual a sua idade?

## Género:

- ○ Feminino
- ○ Masculino
- ○ Outro

## Nacionalidade

- ○ Portuguesa
- ○ Brasileira
- ○ _____ Outra. Qual?

## Residência atual:

- ○ Em Portugal
- ○ No Brasil
- ○ _____ Outro local. Qual?

Situação profissional

- ○ A trabalhar | Empregado
- ○ Reformado(a) / Pensionista | Aposentado
- ○ Doméstica(o) / do lar
- ○ Desempregada(o)
- ○ Estudante
- ○ Trabalhador-estudante

Trabalha na área da saúde?

- ○ Sim
- ○ Não

Indicou que trabalha na área da saúde. Por favor, indique em que área trabalha.

- ○ Medicina
- ○ Psicologia
- ○ Enfermagem
- ○ Técnico de enfermagem
- ○ Nutricionista
- ○ Fisioterapeuta
- ○ [ ] Outra. Qual?

## Introducao

Neste estudo, pretende-se recolher opiniões sobre casos clínicos de doentes com diagnóstico específico de esquizofrenia. A esquizofrenia é uma perturbação mental grave, que afeta aproximadamente 1% da população ao longo da vida e está associada a um impacto significativo no funcionamento social, familiar e ocupacional. Trata-se de uma condição complexa, frequentemente associada a diferentes formas de apresentação clínica e interpretação dos sintomas.
De seguida, ser-lhe-á apresentado um relato de um caso clínico concreto sobre o qual gostaríamos de conhecer a sua opinião. Por questões de cumprimento do regulamento de proteção de dados, optámos por retirar todas as informações que pudessem identificar este caso, quer no que diz respeito à unidade de saúde em que o utente foi atendido, quer quanto a características que possam identificar o próprio utente.

Por favor, leia atentamente a informação contida no relatório do caso clínico que lhe apresentamos de seguida e responda às questões que se seguem.

[redacted] SAÚDE [redacted] ANOS DE SAÚDE 1979-2019

Especialidade: Psiquiatria

Utente: [redacted]
N.° de Utente: [redacted]
Telefone: [redacted]
Entidade Responsável: [redacted]
N°. de Beneficiário: [redacted]



**Motivo da consulta**

Utente trazido ao consultório pelos familiares devido a comportamento considerado bizarro nos últimos tempos. A família relata que, no último mês, o paciente tornou-se progressivamente mais irritado e agressivo em casa, manifestando ideias persecutórias, alegando que os vizinhos o estavam a perseguir. Nos últimos dois dias, permaneceu trancado no quarto, recusando-se a sair, alimentar-se ou realizar a higiene diária. Apresenta antecedente de internamento psiquiátrico há cerca de 18 meses por quadro semelhante, tendo recebido diagnóstico de esquizofrenia.

**Avaliação**

Inicialmente, recebeu um medicamento, mas desenvolveu um efeito colateral que causou desconforto, o que levou à suspensão deste tratamento. Encontra-se atualmente sob observação psiquiátrica, mantendo sintomatologia ativa. Verifica-se prejuízo ao nível ocupacional, tendo abandonado recentemente o emprego. Mantém necessidade de reavaliação terapêutica e eventual ajuste do plano de tratamento.

20/03/2026

[redacted]
(Assinatura do Médico Prescritor)

[redacted] [redacted]

SAÚDE

ANOS DE SAÚDE 1979-2019

Especialidade: Psiquiatria

Utente: [redacted]

N.° de Utente: [redacted]

Telefone: [redacted]

Entidade Responsável: [redacted]

N°. de Beneficiário: [redacted]



**Motivo da consulta**

Utente trazido ao consultório pelos familiares devido a comportamento considerado bizarro nos últimos tempos. A família relata que, no último mês, o paciente tornou-se progressivamente mais irritado e agressivo em casa, manifestando ideias persecutórias, alegando que os vizinhos o estavam a perseguir. Nos últimos dois dias, permaneceu trancado no quarto, recusando-se a sair, alimentar-se ou realizar a higiene diária. Apresenta antecedente de internamento psiquiátrico há cerca de 18 meses por quadro semelhante, tendo recebido diagnóstico de esquizofrenia.

**Avaliação**

Inicialmente, recebeu um medicamento, mas desenvolveu um efeito colateral que causou desconforto, o que levou à suspensão deste tratamento. Encontra-se atualmente sob observação psiquiátrica, mantendo sintomatologia ativa. Verifica-se prejuízo ao nível ocupacional, tendo abandonado recentemente o emprego. Mantém necessidade de reavaliação terapêutica e eventual ajuste do plano de tratamento.

20/03/2026

[redacted]

(Assinatura do Médico Prescritor)

## EscaladeEstigmaInternalizadodeTranstornoMental–ISMI

De acordo com o caso apresentado, em que medida considera que esta pessoa...

| | Discordo totalmente 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Concordo Totalmente 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ... tende a ser violenta. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ... é discriminada. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ... não se deveria se casar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ... contribui para a sociedade. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ...é inferior aos outros que não possuem transtorno mental. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ...parece ou comporta-se de forma "estranha". | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ...não pode viver uma vida satisfatória. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ... não consegue alcançar muito na vida. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | Discordo totalmente 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Concordo Totalmente 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ...por ter esquizofrenia, tem a vida prejudicada. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ... não é capaz de tomar as suas próprias decisões. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

Agora, dê a sua opinião acerca de como pensa que se relacionaria com esta pessoa.

| | Discordo Totalmente 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Concordo Totalmente 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sentir-me-ia à vontade em público na companhia desta pessoa. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Tenderia a evitar aproximar-me desta pessoa. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Não tenho interesse em me aproximar desta pessoa. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

## Escaladeestereotipos

Gostaríamos de conhecer a sua opinião sobre os traços psicológicos que estão associados à esquizofrenia, nomeadamente a este tipo de doentes como o que lhe foi apresentado. Em que medida considera que esta pessoa deve ser, no geral:

| | Pouco 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Competente para qualquer profissão? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Independente? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Inteligente? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Capaz de exercer qualquer tarefa? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Capaz de adquirir competências para qualquer profissão? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Calorosa? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Confiável? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Amigável? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Bem-intencionada? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Leal? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Honesta? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Respeitadora? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | Pouco 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Com princípios morais? | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

## Escala de Desumanização

Indique até que ponto concorda ou discorda das seguintes afirmações, em relação a pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, particularmente tendo conta a informação do caso que leu:

| | Discordo totalmente 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Concordo Totalmente 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Não há problema em dirigir atitudes mais agressivas contra uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia que se comporta como um animal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Algumas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia merecem ser tratadas como animais. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | Discordo totalmente 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Concordo Totalmente 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia que é desagradável ou ofensiva não merece ser tratada como um ser humano. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Pessoas com diagnóstico de esquizofrenia deveriam ser tratadas com mais severidade, porque não têm sentimentos e, portanto, não se sentem magoadas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

## Medidas controlo

Com o objetivo de avaliar a qualidade da informação dada neste questionário, por favor responda às seguintes questões:

Qual é o sexo do paciente mencionado no texto?

- ○ Masculino
- ○ Feminino

## Qual é a cor/raça do paciente?

- ○ Branco
- ○ Negro
- ○ Outro
- ○ Não foi especificado

## Por que razão o paciente foi levado ao consultório?

- ○ Por um quadro de ansiedade
- ○ Por comportamento considerado bizarro e agressivo
- ○ Por dificuldades de socialização

## O que relata a família sobre o comportamento do paciente?

- ○ Ele ficou mais calmo e isolado
- ○ Ele tornou-se progressivamente mais irritado e agressivo
- ○ Ele desenvolveu dificuldades para falar

Que ideias manifestou o paciente nos últimos dias?

- ○ Sentia-se muito animado e confiante
- ○ Tinha ideias de perseguição, achando que os vizinhos o perseguiam
- ○ Pensava em abandonar o tratamento

Qual é o diagnóstico anterior do paciente?

- ○ Transtorno de personalidade
- ○ Esquizofrenia
- ○ Transtorno de ansiedade

Em que medida já teve contacto com pacientes com esquizofrenia?

- ○ Frequentemente
- ○ Às vezes
- ○ Raramente ou nunca

**tx passagem E2**

Agradecemos a sua participação neste estudo. Em seguida, será convidado(a) a participar num segundo

estudo de investigação, distinto do anterior, sobre atitudes face a diferentes grupos sociais.
Pedimos que inicie com a resposta a algumas informações sociodemográficas. Algumas delas repetidas, mas que serão analisadas apenas no âmbito deste estudo.

## info demografica 2

Qual a sua idade?

Género:

- ○ Feminino
- ○ Masculino
- ○ Outro

Nacionalidade

- ○ Portuguesa

- ○ Brasileira
- ○ [ ] Outra. Qual?

Residência atual:

- ○ Em Portugal
- ○ No Brasil
- ○ [ ] Outro local. Qual?

**Introducao 2**

Este conjunto de questões faz parte de um estudo sobre perceções sociais e sobre a forma como as pessoas interpretam diferentes realidades e grupos na sociedade atual. As respostas recolhidas permitem compreender padrões de opinião e atitudes que influenciam a forma como diferentes grupos são percecionados no quotidiano. Assim, solicitamos que responda com base na sua perceção pessoal, de forma espontânea e honesta. Não existem respostas certas ou erradas.

## mulheres

De acordo com a sua perceção sobre mulheres, em que medida considera que as mulheres... :

| | Discordo totalmente 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Concordo totalmente 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ... não necessitam de ajuda, apenas se devem esforçar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ... têm conseguido mais do que merecem. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Tem-se dada demasiada importância ao seus movimentos de protesto. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ... são muito exigentes em relação aos seus direitos. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ... devem superar o preconceito sem apoio como aconteceu com outros grupos. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Parece pouco prudente dar importância às suas queixas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | Discordo totalmente 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Concordo totalmente 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ... recebem muito respeito e consideração. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| A discriminação de mulheres não é um problema de Portugal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ... têm muita influência política. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| É compreensível estarem descontentes. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ... nunca estiveram tão bem como agora. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| As queixas que as mulheres fazem recebem menos atenção do que as dos homens. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

## imigrantes

De acordo com a sua perceção, em que medida considera que imigrantes são:

| | Discordo totalmente 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Concordo totalmente 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| … não necessitam de ajuda, apenas se devem esforçar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| … têm conseguido mais do que merecem. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Tem-se dada demasiada importância ao seus movimentos de protesto. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| … são muito exigentes em relação aos seus direitos. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| … devem superar o preconceito sem apoio como aconteceu com outros grupos. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Parece pouco prudente dar importância às suas queixas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| … recebem muito respeito e consideração. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| A discriminação de imigrantes não é um problema de Portugal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| … têm muita influência política. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | Discordo totalmente 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Concordo totalmente 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| É compreensível estarem descontentes. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| … nunca estiveram tão bem como agora. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| As queixas que os imigrantes fazem recebem menos atenção do que as dos nacionais. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

## Racismo

De acordo com a sua perceção sobre pessoas negras, diga em medida concorda com cada uma das seguintes afirmações.

| | Discordo totalmente 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Concordo totalmente 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| … não necessitam de ajuda, apenas se devem esforçar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| … têm conseguido mais do que merecem. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | Discordo totalmente 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Concordo totalmente 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tem-se dada demasiada importância ao seus movimentos de protesto. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ... são muito exigentes em relação aos seus direitos. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ... devem superar o preconceito sem apoio como aconteceu com outros grupos. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Parece pouco prudente dar importância às suas queixas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ... recebem muito respeito e consideração. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| A discriminação de pessoas negras não é um problema de Portugal. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ... têm muita influência política. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| É compreensível estarem descontentes. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ... nunca estiveram tão bem como agora. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | Discordo totalmente 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Concordo totalmente 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| As queixas que as pessoa negras fazem recebem menos atenção do que as das pessoas brancas. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

Desenvolvido pela Qualtrics

**Agradecimento e debriefing**

Em primeiro lugar, agradecemos a sua participação e o tempo que disponibilizou para o preenchimento deste questionário. O seu contributo é extremamente importante para a nossa investigação.

Em Psicologia Social, para podermos estudar determinados fenómenos e observar os processos cognitivos a eles associados, temos, muitas vezes, de recorrer à construção de cenários, para permitir que os nossos participantes sejam colocados em situações semelhantes às que queremos estudar. A construção de cenários resulta de 2 necessidades:

1. Conhecer as causas de determinados fenómenos. Ao construirmos estes cenários, estamos a controlar, dentro dos possíveis, as condições em que os nossos participantes se encontram. Assim, podemos conhecer que alterações das situações em que se encontram causam diferenças nos comportamentos das pessoas;

2. Proteger os nossos participantes enquanto estudamos temas delicados. Por exemplo, se queremos estudar a discriminação não devemos provocá-la de forma a vê-la acontecer realmente, porque haverá sempre alguém que poderá ser vítima deste fenómeno. Assim, ao construirmos estes cenários protegemos potenciais vítimas.

No estudo em que participou foi utilizada esta metodologia. Um quarto dos participantes visualizou um homem branco com diagnóstico de esquizofrenia; outro quarto visualizou um homem negro com o mesmo diagnóstico; o terceiro grupo visualizou um homem branco com esquizofrenia e historial de consumo de substâncias psicoativas; e o último quarto visualizou um homem negro com esquizofrenia e historial de consumo de substâncias psicoativas.

O nosso objetivo foi testar o nível de estigmatização associado a indivíduos com perturbações mentais, bem como investigar de que forma fatores como o racismo e o preconceito contra pessoas com historial de consumo de substâncias psicoativas intensificam esse estigma.

Este objetivo não pôde ser mencionado no início porque, caso contrário, os nossos participantes não responderiam de forma espontânea perante a situação que expusemos.

# ESTEREÓTIPOS E SÁUDE MENTAL EM PORTUGAL: UM ESTUDO SOBRE RAÇA E ESQUIZOFRENIA

Lísis Dias da Silva



Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação