



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

João Pedro Alves Matos

ROTULAÇÃO DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA E ATRIBUIÇÃO DE AUTONOMIA

Salvador, Bahia

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

João Pedro Alves Matos

ROTULAÇÃO DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA E ATRIBUIÇÃO DE AUTONOMIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social e do Trabalho.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Emanuel Pereira.

Coorientador: Prof. Dr. Tiago Alfredo Ferreira.

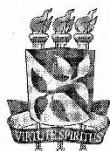
Salvador, Bahia

2018

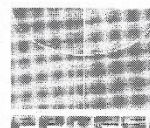
Alves Matos, João Pedro
ROTULAÇÃO DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA E ATRIBUIÇÃO DE
AUTONOMIA / João Pedro Alves Matos. -- Salvador, 2018.
137 f. : il

Orientador: Marcos Emanuel Pereira.
Coorientador: Tiago Alfredo da Silva Ferreira.
Dissertação (Mestrado - Psicologia) -- Universidade
Federal da Bahia, Instituto de Psicologia, 2018.

1. autonomia. 2. diagnóstico psiquiátrico. 3.
essencialização biogenética. 4. rotulação. 5.
estereótipos. I. Pereira, Marcos Emanuel. II. da Silva
Ferreira, Tiago Alfredo. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
Instituto de Psicologia - IPS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI
MESTRADO ACADEMICO E DOUTORADO



TERMO DE APROVAÇÃO

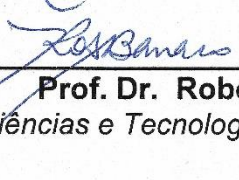
“ROTULAÇÃO DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA E ATRIBUIÇÃO DE AUTONOMIA”

João Pedro Alves Matos


BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Marcos Emanuel Pereira (Orientador)
Universidade Federal da Bahia – UFBA



Prof. Dr. Roberto Alves Banaco
Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento – Paradigma



Prof. Dr. Fabrício de Souza
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Salvador, 11 de junho de 2018.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos começam com aqueles que assistiram, apoiaram e encorajaram minha escolha pelo estudo e pela academia: minha família. À Monica, Filadelfo e Felipe. Com vocês comecei a aprender cedo a ser responsável e a assumir o peso e o valor das minhas escolhas. Bendito o acaso que me colocou em seu berço, começando tudo isso...

À Aline, com quem pude contar com o apoio e cumplicidade. Mesmo quando eu não estava lá, você estava comigo, sempre me apoiando em meus caminhos mais importantes. Por isso e por tudo o que cabe e não cabe em palavras, sou eternamente grato.

Aos meus amigos, de todos os grupos e tribos, que riram e sorriram com a carreira que escolhi, e que sempre estiveram presentes por mim e para mim. Aqui, embora todos não caibam, nenhum foi ou será esquecido.

Ao grupo de pesquisa em Análise do Comportamento, Subjetividade e Cultura (ACSC), que pude acompanhar da Ruy até a UFBA, aos participantes que por ele passaram e aos atuais. Contei com o apoio e aprendizado sobre os valores de uma carreira acadêmica, sobre humildade, sobre o valor do aprendizado e da produção de conhecimento.

Grande Tiagão,.. Sua contribuição para este e outros trabalhos na minha carreira foi/é, de fato, inestimável. Contigo aprendi a acreditar em “disposições” minhas que jamais imaginaria ter.

A Marcos, orientador que sempre esteve presente e participou de todo o processo. Paciente e sábio quando me deparei com minhas limitações, obrigado por aceitar desenvolver este trabalho comigo, sua motivação frequentemente foi contagiante. Certamente o melhor orientador que eu poderia ter escolhido para este momento. Espero contar contigo em mais ocasiões nesse caminho!

A todos os não citados e amados, e a todos os citados: eu e os frutos de quem sou existem graças a sua participação nos contextos da minha vida, jamais sozinho: obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

RRAA – Responder relacional arbitrariamente aplicável

TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo

TAB – Transtorno afetivo bipolar

TAG – Transtorno de ansiedade generalizada

TDAH – Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade

TEA – Transtorno do espectro autista

TPB – Transtorno de personalidade borderline

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Escala de Atribuição de Autonomia: blocos e sub-blocos – análise de confiabilidade.....	54
Figura 2. Escala de Essencialismo Psicológico: Escalas de Bases Biológicas, Distintividade e Informatividade – análise de confiabilidade.....	57
Figura 3. Fluxograma de decisão dos participantes no estudo. Para visualização das etapas do processo na íntegra.....	61
Figura 4. Gráfico ANOVA para medidas repetidas considerando a avaliação das vinhetas que apresentaram o rótulo diagnóstico de maneira explícita.....	63
Figura 5. Gráfico ANOVA para medidas repetidas considerando do fator composto pelas três vinhetas (Carla, Renato e Lucas).....	68
Figura 6. Análise de correlação bayesiana entre essencialismo biogenético e os três diagnósticos apresentados nas vinhetas, sendo A = depressão, B = TOC, e C = esquizofrenia.....	72
Figura 7. Modelo de mediação considerando participante ser diagnosticado como preditor da autonomia atribuída ao alvo, mediado pelo essencialismo biogenético. Análise do modelo considerando intervalo de confiança de 95% e 20000 bootstraps.....	75
Figura 8. Modelo de mediação considerando participante ser diagnosticado como preditor da autonomia atribuída a Carla (diagnóstico de depressão), mediado pelo essencialismo biogenético. Análise do modelo considerando intervalo de confiança de 95% e 20000 bootstraps.....	76
Figura 9. Modelo de mediação considerando participante ser diagnosticado como preditor da autonomia atribuída ao Renato (diagnóstico de TOC), mediado pelo essencialismo biogenético. Análise do modelo considerando intervalo de confiança de 95% e 20000 bootstraps.....	77

Figura 10. Modelo de mediação considerando participante ser diagnosticado como preditor da autonomia atribuída ao Lucas (diagnóstico de esquizofrenia), mediado pelo essencialismo biogenético. Análise do modelo considerando intervalo de confiança de 95% e 20000 bootstraps.....78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição de participantes por condição: frequências obtidas e frequências esperadas.....	46
Tabela 2. Características demográficas dos participantes.....	47
Tabela 3. Características dos participantes diagnosticados.....	50
Tabela 4. Diagnósticos apresentados pelos participantes.....	51
Tabela 5. Análise de diferenças na atribuição de autonomia às vinhetas explicitamente diagnosticadas entre os participantes diagnosticados e não diagnosticados.....	64
Tabela 6. Análise de diferenças na atribuição de autonomia às vinhetas não-explicitamente diagnosticadas e entre os participantes diagnosticados e não diagnosticados.....	65
Tabela 7. Matriz de correlações de Pearson entre variáveis concebidas no estudo e a média de autonomia atribuída às vinhetas.....	81
Tabela 8. Análise das diferenças nas medidas de variáveis concebidas no estudo e entre os participantes diagnosticados e não diagnosticados.....	83

RESUMO

Tradições de pesquisa em cognições sociais e estereótipos têm analisado os impactos da rotulação diagnóstica psiquiátrica e seus efeitos nos indivíduos rotulados, investigando como o meio social pensa, se sente e se comporta em direção à categoria social de pessoas diagnosticadas. Embora haja a investigação dos efeitos da rotulação diagnóstica na produção de estereótipos, pouco interesse é identificado em estudos que versem sobre a avaliação de autonomia do sujeito que é diagnosticado, ou sobre a percepção autônoma deste sujeito sobre sua própria categoria. Considerando que estereótipos sobre a categoria de pessoas diagnosticadas dizem respeito também à avaliação de sua autonomia, o presente estudo teve como objetivo identificar se o fato de um indivíduo ser diagnosticado com um transtorno psiquiátrico influencia sua atribuição de autonomia aos membros de sua própria categoria social. A pesquisa avaliou as perspectivas de 125 participantes, sendo 50 diagnosticados e 75 participantes nunca diagnosticados. Foram construídas três vinhetas com descrições de personagens fictícios contemplando sinais e sintomas dos diagnósticos de esquizofrenia, transtorno obsessivo compulsivo e depressão, caracterizados conforme categorias do DSM-V. Os participantes responderam a escalas avaliando a autonomia dos três personagens. Nessa avaliação, dois grupos foram formados, um grupo avaliando as três vinhetas com o rótulo diagnóstico explícito e outro grupo avaliando as não rotuladas. Os resultados indicaram que participantes diagnosticados atribuem menor autonomia aos alvos de sua avaliação quando comparados com participantes não diagnosticados. Não houve efeito da vinheta ser explicitamente diagnosticada na autonomia a ela atribuída. Efeitos de variáveis adicionais (essencialização biogenética, autopercepção de autonomia, inflexibilidade psicológica) foram analisados e discutidos, bem como as limitações do estudo e perspectivas futuras.

Palavras-chave: autonomia; diagnóstico psiquiátrico; essencialização biogenética; rotulação; estereótipos.

ABSTRACT

Lines of research in social cognition and stereotypes have been analyzing the impacts of psychiatric diagnostic labeling and its effects on the labeled individuals, investigating how the social community thinks, feels and acts towards the social category of people with psychiatric diagnoses. Even though there is a line of investigation directed to the effects of diagnostic labeling in producing stereotypes, little interest is seen in studies on the external evaluation of the autonomy of diagnosed individuals, or on the diagnosed individual's perception of the autonomy of their own category. Considering that stereotypes about the category of people with psychiatric diagnoses are directed also to the evaluation of their autonomy, the present study aimed to identify if the fact that a person is diagnosed with a psychiatric disorder influences their attribution of autonomy to the members of their own social category. The study evaluated 125 participants, 50 of which were diagnosed with psychiatric disorders and 75 were never diagnosed. The participants responded to three descriptions of fictional characters made up to contemplate signals and symptoms corresponding to the diagnoses of schizophrenia, obsessive-compulsive disorder and depression, characterized according to DSM-V categories. All participants were asked to answer scales evaluating the autonomy of all three characters. During that evaluation, two groups were formed: one evaluating descriptions with explicit diagnostic label and one evaluating descriptions without it. Results indicated that participants who were diagnosed attribute less autonomy to the target of their evaluation, when compared to participants who were never diagnosed. Whether the description had the explicit diagnosis or not had no perceived effect on the autonomy attributed to the character. Effects of additional variables (biogenetic essentialism, self-perception of autonomy, psychological inflexibility) were analyzed and discussed, as well as limitations to the study and future perspectives.

Key-words: autonomy; psychiatric diagnoses; biogenetic essentialism; labeling; stereotypes.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	22
2.1. Estigma, estereótipos e essencialização	22
2.2. Regulação verbal em uma cultura do diagnóstico.....	27
2.3. Autonomia.....	33
2.3.1. Autonomia no sentido disposicional	34
2.4. Diagnóstico psiquiátrico e autonomia.....	37
2.5. Problemas e hipóteses	42
3. MÉTODO	45
3.1. Delineamento do estudo.....	45
3.2. Participantes	45
3.3. Instrumentos.....	52
3.3.1. Escala de Atribuição de Autonomia.....	52
3.3.2. Escalas de Essencialismo Psicológico.....	55
3.3.3. Questionário de Aceitação e Ação – II.....	57
3.3.4. Escala de Autopercepção de Autonomia.....	58
3.4. Procedimentos	59
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	62
4.1. Testes de hipóteses.....	62
4.1.1. Hipótese I	62
4.1.2. Hipótese II	67
4.1.3. Hipótese III.....	69
4.1.4. Hipótese IV	74
4.2. Análises complementares.....	80

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS.....	93
ANEXO 1.....	102
ANEXO 2.....	108
ANEXO 3.....	111
ANEXO 4.....	115
ANEXO 5.....	117
ANEXO 6.....	119
ANEXO 7.....	122
ANEXO 8.....	126

INTRODUÇÃO

A psicopatologia enquanto área que desenvolve e estuda diagnósticos psiquiátricos tem ganhado corpo na contemporaneidade no que diz respeito à classificação de um maior número destes diagnósticos. Essa área é marcada por um empreendimento em larga escala para a complexificação de instrumentos voltados para a classificação de diagnósticos, com o exemplo do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM (APA, 2013). Seguindo a proporção em que tais instrumentos são atualizados, é notório um aumento significativo no número de diagnósticos e sintomas descritos (Wilson, Hayes, Gregg, & Zettle, 2001; Matos & Ferreira, 2016), assim como uma crescente proliferação e publicidade de tais diagnósticos (Conrad, & Potter, 2000; Leader, 2015), tornando-os cada vez mais acessíveis ao público geral.

Mais do que uma disciplina isolada do meio social, a psicopatologia tem feito parte do cotidiano das pessoas no mundo ocidental. A saúde mental é tópico de discussão em artigos de revistas, em redes sociais, em filmes, seriados e novelas. O entendimento de questões humanas ou “problemas psicológicos” em termos biomédicos é cada vez mais frequente (Kvaale, Haslam, & Gottdiener, 2013; Haslam & Kvaale, 2015). Descrições sobre tristeza ou desmotivação começam a dar lugar à depressão, preocupação se torna um sintoma ansioso; eventos subjetivos iminentes à existência humana começam a ser entendidos como sinais e sintomas de patologias.

Não sendo uma descrição pura, o diagnóstico psiquiátrico supõe teorias sobre as razões pelas quais tais diagnósticos existem. Apesar dos diagnósticos descritos em manuais de classificação como o DSM (APA, 2013) serem classificados como *síndromes*, sua utilização em práticas de saúde mental e em meio a sociedade os trata como *doenças* (Wilson, Hayes, Gregg, & Zettle, 2001). Enquanto uma síndrome é uma descrição pura de sinais e sintomas, uma doença subentende uma dimensão etiológica. No meio social, tal dimensão parece ser frequentemente interpretada enquanto biológica (Haslam, 2011).

A literatura em psicologia social dispõe de discussões cada vez mais frequentes sobre as implicações do entendimento biomédico por parte da sociedade. Crenças oriundas do senso comum parecem implicar frequentemente em uma atribuição causal de psicopatologias a essências biogenéticas¹ nos indivíduos diagnosticados – i.e. uma *essencialização biogenética* (Haslam, 2011; Payton, & Thoits, 2011). Tais crenças fazem parte de teorias implícitas² (*folk theories*, cf. Malle, 2004) do senso comum direcionadas a categorias sociais, como a de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, e embasam mudanças atitudinais da população em direção a essas categorias e às pessoas que são categorizadas. A essencialização biogenética é tema de discussão e objeto de pesquisas, que demonstram sua relação com estereótipos, preconceito, discriminação e estigmatização de pessoas diagnosticadas (Read, Haslam, Sayce, & Davies, 2006; Angermeyer, Holzinger, Carta, & Schomerus, 2011; Haslam & Kvalee, 2015).

É possível encontrar na literatura: (a) teorias que versam sobre implicações de interpretações biogenéticas para o desenvolvimento de crenças (e.g. Weiner, 1993; Haslam, 2000; 2011; Haslam & Kvalee, 2015); (b) investigação de que tipos de crenças se apresentam na população (e.g. Read, Haslam, Sayce, & Davies, 2006; Corrigan, 2007; Angermeyer, Holzinger, Carta, & Schomerus, 2011); e (c) de que forma essas crenças influenciam a percepção de pessoas sobre a categoria marcada pelo diagnóstico psiquiátrico (e.g.

¹ No presente trabalho, o termo “biogenético” será citado como referência a aspectos biológicos mais gerais (e.g. neurológicos, genéticos, hormonais, etc.).

² Teorias implícitas ou *folk theories* são racionalizações que dizem respeito a estereótipos promulgados socialmente. Não correspondem, necessariamente, a verificações ou teorizações no campo da ciência, mas a como pessoas no meio social mais amplo concebem determinados estereótipos sobre categorias, grupos ou agregados sociais.

Angermeyer, & Matschinger, 2003; Read, Haslam, Sayce, & Davies, 2006; Angermeyer, Holzinger, Carta, & Schomerus, 2011; Haslam & Kvaale, 2015). Ademais, através de um empreendimento científico mais recente, pesquisas têm focado (*d*) na percepção do estigma do transtorno mental por pessoas diagnosticadas (Ilic et al., 2012; Ilic et al., 2013; Ilic et al., 2014; Haslam & Kvaale, 2015).

Este último foco demonstra preocupação direcionada ao alvo dos estereótipos e às implicações de tais estereótipos para a vida do sujeito. É nesse ângulo que o presente trabalho pretende enfatizar. Ilic e colaboradores (2013) fizeram um extenso trabalho para o desenvolvimento de medidas de estigmatização percebida por pessoas diagnosticadas com psicopatologias. Utilizando métodos qualitativos e quantitativos, os pesquisadores elencaram descrições de experiências de pessoas diagnosticadas que, posteriormente, serviram para a elaboração de escalas na verificação da frequência de tais experiências em suas vidas. Dentre as experiências identificadas pelos pesquisadores, relatos dos participantes demonstraram que, além de discriminações tipificadas, os sujeitos relataram em grande frequência sofrerem tratamento paternalista ou condescendente. Os pesquisadores classificaram tais experiências como eventos de *discriminação benevolente* (Ilic et al., 2012; Ilic et al., 2013; Ilic et al., 2014).

Em seu estudo quantitativo, Ilic et al. (2012) mediram a percepção de frequência da experiência discriminatória em escalas de cinco pontos, de 01 (nunca) a 05 (muito frequente). O bloco de questões sobre discriminação benevolente apresentou sentenças como: “*desde que fui submetido a tratamento psiquiátrico, as pessoas têm menos confiança em mim*” ($M = 2,70$; $DP = 1,28$); “*as pessoas me dão menos responsabilidades por causa da minha doença mental*” ($M = 2,59$; $DP = 1,22$). Tais sentenças capturam uma parte da realidade de pessoas que recebem o rótulo diagnóstico que é usualmente pouco abordada em pesquisas em psicologia social.

Além da constatação de tais experiências, a escala de discriminação benevolente ainda se mostrou negativamente correlacionada com instrumentos que mediram autoestima ($\alpha = -$

0,365) e qualidade de vida ($\alpha = -0,365$) (cf. Ilic et al., 2012). Essas medidas se mostram representativas de como a sociedade percebe o sujeito diagnosticado enquanto menos capaz, ou menos autônomo.

Na formulação de outro instrumento, Ritsher, Otilingam e Grajales (2003) também verificaram itens que se relacionam diretamente à capacidade atribuída a pessoas diagnosticadas e à percepção de experiências pelos alvos do estigma. Em um estudo de validação com 127 participantes, respondendo a uma escala de quatro pontos (em que: 01 = discordo fortemente; 04 = concordo fortemente), os sujeitos avaliaram as sentenças: *“outros pensam que eu não posso alcançar muito na vida porque eu tenho uma doença mental”* ($M = 2,60$; $DP = 0,73$); *“as pessoas frequentemente agem de forma paternal comigo [patronize me], ou me tratam como criança, só porque eu tenho uma doença mental”* ($M = 2,40$; $DP = 0,71$). Se trata, portanto, de mais uma escala desenvolvida e que hoje é amplamente utilizada (cf. Boyd, Adler, Otilingam, & Peters, 2014) avaliando a atribuição de menor autonomia como elemento de discriminação contra pessoas diagnosticadas.

Quando se fala de essencialização biogenética, não há ênfase em pesquisas sobre crenças essencialistas e sua relação com a atribuição de responsabilidade e autonomia à categoria de pessoas diagnosticadas. Todavia, é possível encontrar indicativos deste fenômeno analisando alguns constructos. Kvaale, Gottdiener e Haslam (2013^a) e Kvaale, Haslam e Gottdiener (2013^b) realizaram revisões de literatura meta-analíticas sobre estudos abordando essencialismo biogenético e estigmatização nas últimas três décadas. As revisões analisaram, respectivamente, 25 estudos correlacionais e 28 estudos experimentais. Em todos os estudos que fizeram parte da revisão, foram analisadas as quatro teorias componentes da estigmatização: culpabilização, pessimismo prognóstico, periculosidade percebida e distanciamento social.

Em ambas as revisões (Kvaale et al., 2013^a; Kvaale et al., 2013^b), os autores demonstraram que crenças envolvendo a *culpabilização* do indivíduo diagnosticado têm sua força e frequência diminuídas conforme percepções biogenéticas se apresentam com maiores escores. Por outro lado, com a menor culpabilização, aumentam os escores em percepções de *pessimismo prognóstico* (i.e. pessimismo quanto à perspectiva de melhora), *periculosidade*, e *desejo por distanciamento social* (Kvaale et al., 2013^a; Kvaale et al., 2013^b). Tais resultados foram confirmados em estudos posteriores, abordando as mesmas crenças (cf. Haslam & Kvaale, 2015).

Considerando que cognições essencialistas biogenéticas localizam a causa de comportamentos públicos e privados em essências biológicas, o controle dos comportamentos causados por tal essência deixa de ser do indivíduo. Tal perspectiva é coerente com os resultados que demonstram menor culpabilização do sujeito quando este é diagnosticado. Por outro lado, menor culpabilização supõe menor autocontrole do indivíduo, e parece dar margem à suposição de que “*ao ter menor controle de seu comportamento, há menor capacidade de controle*”. Menor culpabilização, nesse sentido, pode estar relacionada às medidas anteriormente citadas de discriminação benevolente no meio social. Concomitantemente, estaria implicada uma menor atribuição de autonomia quando o essencialismo biogenético for marcante na cultura onde o sujeito é alvo de uma rotulação diagnóstica psiquiátrica.

O campo de pesquisas em essencialização biogenética parece ser promissor para o estudo de como práticas culturais influenciam a atribuição e o desenvolvimento de ação autônoma e responsável em pessoas diagnosticadas. Embora haja um consistente corpo de pesquisas na temática, as pesquisas realizadas e replicadas ainda verificam apenas crenças aliadas aos quatro componentes da estigmatização (culpabilização, pessimismo prognóstico, percepção de periculosidade e desejo de distanciamento social). Falta à tradição a inclusão de outras crenças que fazem parte de teorias essencialistas biogenéticas, e que potencialmente se

enquadram enquanto promotoras de estigmatização e de barreiras para a autonomia de pessoas diagnosticadas.

Além disso, outros dois aspectos contribuem para a lacuna teórico-empírica que sustenta a justificativa para o presente trabalho. Primeiramente, (1) diagnósticos de transtornos tipicamente taxados como “menos severos” (e.g. transtornos de ansiedade, depressão leve e moderada) são pouco abordados em pesquisas sobre essencialização. A falta de uma abordagem a um espectro maior de diagnósticos acaba por restringir o entendimento sobre relação entre o tipo específico de diagnóstico estabelecido e essencialização biogenética. Nesse sentido, entendem-se as implicações para os diagnósticos de depressão maior e esquizofrenia quando relacionados a perspectivas essencialistas (cf. Kvaale et al., 2013^a; Kvaale et al., 2013^b), porém, o mesmo não se aplica para diagnósticos de ansiedade, depressão de modo geral (leve, moderada, episódios, etc.), transtorno de déficit de atenção, entre outros. Um segundo aspecto assume que, (2) embora seja assumido que diferenças culturais influenciam fenômenos alinhados com essencialização biogenética (Angermeyer et al., 2011), a literatura que demonstre efeitos deste fenômeno no Brasil ainda é escassa. Entendendo que a produção científica no assunto tem se limitado a teorias implícitas, nacionalidades e diagnósticos específicos, lacunas são identificadas no sentido de compreender diferentes implicações da essencialização biogenética.

Considerando que a essencialização biogenética tem impactos sociais e subjetivos para a categoria de pessoas diagnosticadas e seus membros, é importante que se desenvolvam pesquisas no sentido de entender as implicações desse fenômeno em um espectro mais amplo. No campo teórico, Matos e Ferreira (2016) discutem sobre o quanto a cultura atual, vinculada à medicalização, promove sujeitos que lidam com sua própria subjetividade através do diagnóstico que é aplicado, caracterizando o que se chama de *cultura do diagnóstico*. Os autores descrevem sujeitos que utilizam o diagnóstico frequentemente como recurso para

justificar menor engajamento em tarefas cotidianas, em relações interpessoais, e mesmo menor implicação para o tratamento.

Segundo Matos e Ferreira (2016), clientes diagnosticados com transtornos psiquiátricos têm o diagnóstico como parte construtora de sua subjetividade, no sentido de que, enquanto a rede social composta de profissionais de saúde (psicoterapeutas, psiquiatras, etc.) ou de familiares e amigos se engaja em tentar retomar a atenção do indivíduo para a própria vida com relação a características mais amplas, nestes aspectos mais amplos (e.g. tomada de decisões profissionais, afetivas, etc.) o sujeito tende a justificar seus problemas com base no diagnóstico e se implicar menos no processo e em sua vitalidade. Com base no que é discutido pelos autores, há a concepção de que o diagnóstico enquanto descritor da subjetividade do indivíduo influencia sua autonomia, limitando-o à inabilidade interpretada como fruto da doença. Tal ponto de vista do fenômeno parece fazer mais sentido quando analisado através da influência essencialista biogenética.

No cenário em que perspectivas biogenéticas sobre características psicológicas inerentes ao humano têm sido cada vez mais propagadas, e que essas perspectivas implicam menor culpabilização do sujeito e maior pessimismo prognóstico (Haslam, 2015), considera-se que a maneira de expressão subjetiva citada por Matos e Ferreira (2016) utilizada por sujeitos diagnosticados parece ser mais provável quando o meio social retira responsabilidades e atribui menor autonomia a esses sujeitos. Todavia, crenças aliadas a essa perspectiva sobre autonomia não são explicitamente teorizadas e verificadas correlacional ou experimentalmente, mesmo que outras pesquisas as verifiquem em estratégias utilizadas por pessoas diagnosticadas para lidar - direta ou indiretamente - com estigmatização (e.g. Ilic et al., 2012; Ilic et al., 2014).

Para o presente trabalho, considerar-se-á que as implicações de cognições sociais essencialistas biogenéticas compreendem estereótipos que imprimem conteúdo específico, assim como reações de discriminação e estigmatização paralelas. Tais cognições parecem

envolver percepções e julgamentos sobre autonomia e responsabilidade de pessoas diagnosticadas. Essas considerações serão discutidas ao longo do presente texto, assim como a reflexão sobre como a inserção do sujeito diagnosticado em uma cultura essencialista biogenética pode influenciar também sua autopercepção de capacidade autônoma.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para embasar a problemática acima exposta, a fundamentação teórica deste trabalho será organizada da seguinte forma: (2.1) serão apresentadas as teorias e pesquisas em essencialização biogenética e suas implicações para estereótipos e estigma citadas na literatura; (2.2) será discutido como uma cultura do diagnóstico caracterizada pela atribuição causal de fenômenos psicológicos a uma essência biogenética modifica a percepção de autonomia de sujeitos em meio a sociedade; (2.3) será definida a perspectiva de autonomia utilizada pelo presente trabalho, bem como as dimensões do constructo a ser verificado; (2.4) serão discutidas as implicações da menor atribuição de autonomia e responsabilidade para o sujeito que é alvo da rotulação diagnóstica psiquiátrica; e (2.5) serão apresentados os problemas de pesquisa, bem como hipóteses geradas a partir de tais questões.

2.1. Estigma, estereótipos e essencialização

Estigma é um conceito que possui diversos usos em diversos campos disciplinares. Sua definição para uma utilização em psicologia social usualmente o considera como um processo social complexo, caracterizado por: rotulação, atribuição de estereótipos, perda de status social, e discriminação (Link & Phelan, 2001). O estigma aplicado às pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, então, envolveria esses processos. Uma rotulação de alguém que é diagnosticado envolve sua definição como sujeito a partir do próprio rótulo diagnóstico. Este rótulo, por sua vez, está aliado a determinados estereótipos que são socialmente promulgados, englobando um conjunto específico de crenças sobre os sujeitos aos quais o rótulo se refere. No presente trabalho, será chamada de *rotulação diagnóstica* a descrição de indivíduos que contempla estereótipos sobre seus comportamentos e seus estados subjetivos (pensamentos e sentimentos), a partir do diagnóstico psicopatológico que é atribuído a estes, bem como seus sinais e sintomas.

As tradições de pesquisa sobre estereótipos de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais têm elencado e discutido as implicações da atribuição de causa destes transtornos a essências biogênicas. Segundo a teoria implícita da *atribuição de incontrolabilidade* (Weiner, 1993), dois tipos de atribuição seriam comuns na sociedade: controlabilidade ou incontrolabilidade. Conforme essa compreensão, pessoas em meio a sociedade desenvolvem crenças e julgamentos morais sobre outras pessoas em uma polarização entre culpabilização do indivíduo ou de um elemento externo a ele.

Weiner (1993) descreve que, quando fomentada uma perspectiva de “controlabilidade”, maior responsabilidade moral é atribuída ao sujeito alvo da avaliação. Por exemplo, uma crença de que “obesidade é produto de falta de disciplina para fazer exercícios” atribui controle ao sujeito que é avaliado. Neste sentido, maior responsabilização é direcionada a este sujeito, maiores julgamentos sobre seu caráter, etc. Por outro lado, uma crença de “incontrolabilidade” teria efeito contrário. Considerando que “obesidade é produto de uma disfunção na tireoide”, por exemplo, retira-se a responsabilidade do sujeito, atribuindo-a a um fenômeno que foge ao controle do indivíduo. A concepção assumida por esta teoria é a de que diferenças em crenças sobre causas de fenômenos humanos influenciam diferenças no tratamento moral.

Decorrente dessa perspectiva, Corrigan (2000) desenvolve hipóteses baseadas em implicações da teoria da atribuição de incontrolabilidade sobre a percepção de transtornos mentais quando a causa do fenômeno é atribuída a um fator sobre o qual o sujeito teria menor controle - i.e. uma essência biológica ou genética. Na atualidade, estratégias embasadas na teoria descrita por Weiner (1993) são desenvolvidas para lidar com o estigma de doença mental no sentido de fomentar a noção de que “doença mental é uma doença como qualquer outra” (Read, Haslam, Sayce, & Davies, 2006).

Além da teoria da atribuição de incontrolabilidade, uma segunda perspectiva é proeminente no campo de pesquisa que versa sobre essencialização biogênica: a teoria do

essencialismo psicológico (Haslam, 2011). Essa teoria assume que, socialmente, seres humanos aprendem a categorizar grupos conforme uma similaridade de atributos entre seus membros, tal como distintividade com relação a membros de outros grupos. Segundo a perspectiva essencialista, o processo de estereotipização se referiria às similaridades no nível de “essências” (Haslam, & Whelan, 2008).

Segundo Haslam (2000; 2011), tais essências diriam respeito, em grande parte, às causas dos comportamentos de sujeitos participantes de uma categoria social que é alvo de avaliação. A essencialização poderia ser a respeito do caráter individual, o que atribuiria a causa do fenômeno a um problema de caráter no sujeito, ou da biologia (i.e. essencialização biogenética). Em meio à tradição de pesquisa que aborda essa teoria, cognições foram verificadas como partícipes de noções essencialistas de transtornos mentais: *diferenciação categórica*, *pessimismo prognóstico*, e *periculosidade* (Haslam, & Kvaale, 2015).

Diferenciação categórica (ou *distintividade*) se refere à percepção do sujeito diagnosticado como diferente, implicando no desejo do percebedor por distanciamento social. *Pessimismo prognóstico* está intimamente relacionado ao caráter de imutabilidade na cognição essencialista, implicando em percepções de menor possibilidade de melhora ou mudança na condição do sujeito avaliado. Atribuições de *periculosidade* podem ser corroboradas também por percepções de incontrolabilidade, envolvendo uma avaliação de hostilidade inerente à pessoa diagnosticada, implicando em desejo do sujeito essencialista por afastamento social dessa pessoa (Haslam, 2000; Haslam, & Kvaale, 2015).

Até então, resultados indicam que, conforme é verificado o grau de atribuição causal a uma essência biológica, genética ou neurológica (essencialização biogenética), mais fortes são atribuições de *periculosidade*, *desejo por afastamento social*, e *pessimismo prognóstico*, corroborando a teoria do essencialismo psicológico. Por outro lado, cognições que envolvem uma *menor culpabilização* do sujeito também aparecem, corroborando a teoria da atribuição

de incontrolabilidade (Angermeyer, & Matschinger, 2003; Angermeyer et al., 2011; Corrigan, 2007; Haslam, & Kvaale, 2015; Kvaale et al., 2013^a; Kvaale et al., 2013^b).

Algumas considerações são feitas, porém, na medida em que tais dados apenas verificam um conjunto restrito de cognições. Lebowitz, Ahn e Nolen-Hoeksema (2013) verificaram que essencialização biogenética em sujeitos diagnosticados com depressão estaria aliada à menor perspectiva de melhora em sua condição, refletindo pessimismo prognóstico. Um possível produto de condições que levam a um pessimismo prognóstico, por outro lado, pode ser também a menor atribuição de autonomia para atividades vitais sobre estes sujeitos. Quando as causas do comportamento do indivíduo não estão submetidas a seu controle, há pouca esperança de que seu quadro mude. De modo semelhante, se o controle foge ao indivíduo, sua capacidade para ação é questionada, na medida em que ele não teria mais o controle sobre sua própria ação. A condição (doença) parece justificar uma expectativa pessimista quanto à melhora e à capacidade.

Indiretamente, instrumentos que abordam a experiência do estigma em sujeitos diagnosticados com transtornos psiquiátricos já abordam elementos componentes de cognições sobre autonomia. Ilic e colaboradores (2011) desenvolveram uma escala de tipos de estigma experienciados por sujeitos diagnosticados na Alemanha. Dentre os itens avaliados pelos sujeitos, estariam: *“desde que fui submetido a tratamento psiquiátrico, as pessoas têm menos confiança em mim”*; *“as pessoas me dão menos responsabilidades por causa da minha doença mental”*. Tais sentenças indicam o quanto uma noção de autonomia atribuída ao sujeito pode ser retirada de pessoas diagnosticadas quando o estigma se estabelece e o quanto isso é notório para essas pessoas. A partir de uma perspectiva essencialista biogenética, concepções de adoecimento poderiam ser fortalecidas, assim como noções que envolvem menor capacidade para engajamento em outras atividades para além do repertório que diz respeito ao diagnóstico (e.g. engajamento em relacionamentos interpessoais, desenvolvimento de objetivos

significativos para a própria vida, e mesmo engajamento em atividades cotidianas menos complexas).

Assumindo que o sujeito que é diagnosticado está mais atento ao diagnóstico a ele aplicado do que outras pessoas à medida que se dedica a sua erradicação (e dos sinais e sintomas por ele descritos) enquanto condição de saúde, o essencialismo relacionado à categoria social da qual pertence pode fazer parte do modo como o sujeito percebe a si mesmo e a outras pessoas inseridas na categoria (i.e. enquanto doentes). Nesse sentido, a atenção voltada ao rótulo estaria amplamente relacionada à essência onde se localizaria a causa dos sinais e sintomas descritos, retirando do sujeito não apenas a culpa, mas a responsabilidade por quaisquer comportamentos gerados pela condição que o acomete (doença psíquica).

Quando a responsabilidade é retirada do sujeito, sua implicação e engajamento são percebidos como pouco efetivos, na medida em que sua melhora é dependente de algo que foge a seu controle. Embora racionalmente essa hipótese faça sentido, os estudos empíricos têm demonstrado o quão contraproducente essa perspectiva é, quando constatada em estudos empíricos a forte correlação entre essencialização biogenética e o desejo por afastamento social do sujeito diagnosticado (Haslam & Kvaale, 2015).

A racional promovida por uma teoria de atribuição de incontrolabilidade parece impor a perspectiva de que sua melhora é pouco provável, resultado também encontrado em alguns estudos empíricos realizados (Kvaale et al., 2013^a; Kvaale et al., 2013^b, Haslam & Kvaale, 2015). Na medida em que a responsabilidade é retirada do sujeito e o pessimismo prognóstico faz parte de sua perspectiva, parecem haver mais limitações no que diz respeito à sua própria vida, além de uma justificção amplamente aceita para seu afastamento de atividades cotidianas, sendo essa a implicação para o sujeito que é diagnosticado, sua autopercepção sobre capacidade autônoma é colocada em cheque. Não apenas o “pessimismo” é marcante, mas um

certo grau de desesperança, uma vez que a doença que é difícil de ser superada é a mesma em que subjaz sua incapacidade.

A próxima subseção tratará de como as cognições identificadas por tradições de pesquisa sobre essencialização biogenética podem se relacionar com outras cognições que alteram a avaliação de pessoas diagnosticadas, e como a presença e manifestação dessas cognições são reforçadas pelo meio social. Em meio a tal explanação, um enfoque maior será estabelecido com relação às cognições que se referem a percepções e atribuições sobre *autonomia* quando um rótulo diagnóstico é atribuído a um sujeito, bem como de que maneira tal rotulação inserida em uma cultura do diagnóstico transforma a percepção da categoria de pessoas diagnosticadas para o próprio sujeito que é diagnosticado.

2.2. Regulação verbal em uma cultura do diagnóstico

Regulação verbal é um termo que se refere ao papel que relações verbais inerentes à linguagem e à cognição humana tem ao alterar a função de fenômenos quando estes são descritos (Barnes-Holmes et al., 2002). Essa perspectiva se baseia na noção de que pessoas respondem ao seu contexto a partir de uma rede de relações que engloba estímulos *formais* (i.e. estímulos discrimináveis por suas características físicas, explicitamente observáveis; e.g. cor, forma) e *arbitrários* (i.e. estímulos que só existem no campo da abstração/linguagem; e.g. bom/ruim, melhor/pior que, pertencente a, etc.).

Nesse sentido, fenômenos têm sua função alterada quando descritos como parte/ de uma relação. Por exemplo, uma pessoa lê no jornal que estudos apontam que maçã faz mal à saúde. A depender do contexto onde essa pessoa esteja inserida, a maçã que outrora era um estímulo reforçador positivo, agora pode se tornar um aversivo. Isso ocorre na medida em que a descrição relaciona a *maçã* com estímulos arbitrários de função aversiva. De modo semelhante, o inverso poderia acontecer, transformando um estímulo aversivo em reforçador positivo. A

esse responder a uma relação entre estímulos se dá o nome de *responder relacional arbitrariamente aplicável* – RRAA - (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001).

Em meio ao RRAA, tipos de relações podem ser classificados conforme suas características. A essas relações determinadas por contextos específicos se dá o nome de *moldura relacional* (Perez, Nico, Kovac, Fidalgo, & Leonardi, 2013). Dentre tipos de moldura relacional, Hayes et al. (2001) fornecem uma lista de tipos de moldura: coordenação (x é igual a y), oposição (x é o oposto de y), distinção (x é diferente de y), comparação (x é melhor que y), hierarquia (y pertence a x), causalidade (y é produto de x), tempo (x acontece agora, y depois de x), espaço (x está aqui enquanto y está lá) e dêitica (i.e. perspectiva; e.g. *eu vs. você/eles*). Cada tipo de moldura implica determinada característica na relação entre os estímulos descritos verbalmente.

Na prática, a regulação verbal tem sua relevância explicitada na medida em que afirma que a descrição de fenômenos envolvendo molduras relacionais altera a função destes mesmos fenômenos (i.e. *transformação de função de estímulos*) (Barnes-Holmes et al., 2002). Nessa perspectiva, descrever um evento não é visto como somente *descrever*: o descrever um evento altera a função deste mesmo evento (Hayes et al., 2001; Ferreira & Tourinho, 2011; Matos & Ferreira, 2016). Isso implica que, quando um evento é descrito, são alteradas propriedades de: *como pessoas percebem o evento, como o qualificam, como se sentem e pensam sobre o evento, como se comportam na sua presença, etc.* Estas implicações podem se referir a múltiplos estímulos, inclusive pessoas, seus comportamentos e relatos sobre si.

Quando se referindo à rotulação diagnóstica, implicações específicas podem ser analisadas a partir da perspectiva de regulação verbal. Nesse sentido, Matos e Ferreira (2016) fazem uma teorização sobre experiências, que começam a se apresentar na contemporaneidade, de pessoas cada vez mais implicadas em comportamentos vinculados à rotulação diagnóstica e aos sinais e sintomas que tais diagnósticos descrevem. Considerando o diagnóstico psiquiátrico

enquanto uma descrição sobre comportamentos públicos, pensamentos e sentimentos do sujeito que é rotulado, os autores fazem uma reflexão apontando que as experiências subjetivas dos indivíduos são frequentemente tratadas como empecilhos (eventos aversivos) a serem combatidos quando um diagnóstico os descrevem. Tal fenômeno seria implicação de uma *cultura do diagnóstico*. Essa cultura se refere a um conjunto de práticas culturais que envolvem a atribuição de causalidade das experiências vividas pelos sujeitos diagnosticados à “doença” descrita pelo diagnóstico (Matos & Ferreira, 2016).

A partir da perspectiva de regulação verbal, é possível pensar especificidades de uma cultura em que a regra “transtornos psiquiátricos são doenças de causa biogenética” é apresentada. Se relações de causalidade são aplicadas na contemporaneidade entre os elementos *diagnóstico* e *biologia* (i.e. diagnósticos são doenças com causa biogenética), a expressão dos sinais e sintomas comportamentais descritos pelo diagnóstico/doença seria produto de sua essência biológica subjacente. Em tal sentido, a crença de que *cessando os sinais e sintomas descritos pelo diagnóstico, cessar-se-ia a doença* é reforçada em meio à sociedade, implicando na busca por um sentir-se bem que é contrário a qualquer expressão ou experiência subjetiva. Menor causalidade é atribuída ao sujeito e às contingências sociais nas quais está inserido, e mais causalidade é atribuída à doença que descreve os sinais e sintomas apresentados por ele.

A partir de uma análise de regulação verbal, na qual o diagnóstico é relacionado com a concepção de doença através de relações de coordenação ou causalidade, as funções que emergem com a perspectiva de uma doença são transferidas para o sujeito quando o rótulo diagnóstico é aplicado a ele. Dito de outra forma, se quando tenho *uma doença* (e.g. gripe), tendo a buscar formas de *me livrar de seus sintomas* (i.e. função), estou *menos capaz de agir com competência* e sou *mais poupado*; quando tenho um transtorno psiquiátrico que é coordenado com uma doença (e.g. transtorno obsessivo compulsivo), tendo a buscar formas de

me livrar de seus sintomas (e.g. taquicardia, pensamentos de que algo dará errado, etc.), sou *menos capaz* e sou *mais poupado*. Uma vez que transtornos psiquiátricos e doenças são tratados como tendo mesma função, os mesmos padrões de resposta seriam aplicados a ambos, assim como aos portadores de tais doenças.

Uma analogia pode ser feita sobre este fenômeno comparando sintomas depressivos, por exemplo, com uma doença de causa biológica localizável a partir de exames laboratoriais, como a gripe. Uma pessoa que dispõe de um quadro de gripe, em alguns contextos cotidianos, pode ser “poupada” de determinadas atribuições e cobranças sociais (e.g. ir ao trabalho, sair com amigos, etc). A partir da noção de que em uma cultura ocidental a ideia de que “*quando tenho uma doença, devo ser poupado*” é uma prática comum, e que a concepção do diagnóstico psiquiátrico está diretamente coordenada com a de doença, dispor de um diagnóstico implica mesmas funções que dispor de, por exemplo, uma gripe: *quando sou rotulado a partir de um diagnóstico psiquiátrico, devo ser poupado de determinadas atividades*³. Embora a relação entre síndrome e doença enquanto sinônimos seja um equívoco categórico no campo científico (Wilson, Hayes, Gregg, & Zettle, 2001), este tipo de relação é feito no meio social a despeito de um conhecimento científico aprofundado.

Quando estas relações se estabelecem, é alterada também a forma como outras pessoas reagem quando alguém possui um diagnóstico. A discussão sobre regulação verbal permite a análise de como relações verbais podem se estabelecer quando verificadas cognições como as apresentadas pela teoria de atribuição de incontrolabilidade: se um transtorno é visto como uma doença, supõe-se que a *culpabilização* do sujeito seja retirada.

³ Não é questionado no presente trabalho se efetivamente é necessário que o sujeito seja poupado ou não, mas os impactos que o seguimento desta regra têm para a atribuição de autonomia ao sujeito que é diagnosticado.

Mais do que isso, a noção de regulação verbal nos permite identificar que a própria retirada de culpabilização do sujeito que é diagnosticado participa da transformação da experiência subjetiva desse sujeito. A relação de coordenação, ou mesmo de causalidade entre a doença descrita pelo diagnóstico e os comportamentos do sujeito que é diagnosticado tornam tais comportamentos em expressões de uma patologia (e.g. a tristeza de uma pessoa pode ser interpretada por um ente querido como uma expressão de patologia, e não como uma reação legítima a um fato ocorrido com essa pessoa). Quaisquer que sejam os empreendimentos relacionados a tais expressões da patologia também se tornam patológicos, ou melhor, eventos a serem evitados. Imaginando um sujeito que seja diagnosticado com fobia social, em exemplo ilustrativo, não apenas os sintomas descritos por seu diagnóstico devem ser evitados (e.g. taquicardia), mas também os contextos onde tais sintomas são evocados. Chega-se a tal ponto em que o sujeito evita relacionar-se com pessoas em locais públicos, a relacionar-se com pessoas, pensar em relacionar-se com pessoas, e mesmo os contextos em que pensa em se relacionar com pessoas. Tal função aversiva atribuída ao comportamento do sujeito não apenas caracteriza uma dor subjetiva, mas passa a ser uma barreira para a sua vivência autônoma.

Ao levar em conta cognições ligadas ao pessimismo prognóstico promovido pelo pensamento essencialista, ergue-se ainda um entendimento de que o controle do próprio comportamento (que é descrito pelo diagnóstico) não é mais submetido ao sujeito que é diagnosticado ou à sua relação com as contingências sociais, mas causado por uma doença que o mantém. Segundo esta perspectiva, *menor controle* usualmente é coordenado com *menor possibilidade de mudança*.

A partir da concepção supracitada, regulação verbal é uma via explicativa sobre como a essencialização biogenética pode estar implicada em atribuições relativas a menor capacidade autônoma do sujeito que é diagnosticado. Supondo dois sujeitos, um gripado e outro deprimido, ao considerar que ambos são tratados como funcionalmente semelhantes, a resposta do meio

social a uma pessoa que é descrita pelo rótulo diagnóstico psiquiátrico é a mesma que para uma pessoa com qualquer outro tipo de doença: a qualificação que é atribuída à pessoa diagnosticada passa a ser influenciada pelo próprio diagnóstico de uma doença.

Para o diagnóstico psiquiátrico, todavia, os sinais e sintomas são manifestações inerentes à experiência humana. Ao descrever um sujeito enquanto *menos autônomo* pelo advento de uma doença que descreve seus comportamentos, também o inserimos em um contexto que justifica sua experiência como algo que foge ao seu controle. Quando o indivíduo é convidado a agir de maneira a retomar aspectos significativos de sua vida, o questionamento e autoquestionamento à própria capacidade para tanto é relatado. Isso acontece porquê, frequentemente, tal esforço envolve o sujeito em um empreendimento que adquiriu função aversiva para o próprio em uma cultura do diagnóstico (Matos & Ferreira, 2016).

A retirada de autonomia envolve o sujeito em um contexto onde ele é menos responsabilizado e onde sua justificativa para o menor engajamento é compreensível para o meio social. Quando a concepção de uma doença faz parte da interpretação de seus comportamentos, menor atenção é dada às contingências que fazem com que tais comportamentos se mantenham. Mesmo o tipo de atenção que é dado ao sujeito, por vezes faz parte das contingências que mantêm o comportamento que é descrito pelo diagnóstico psiquiátrico (e.g. menor cobrança é direcionada à pessoa; mais atenção é dada a ela quando emite comportamentos descritos pelo diagnóstico ou mesmo quando ela relata algo sobre seu diagnóstico). Descrições que atribuem menor autonomia a um sujeito que é diagnosticado também transformam o contexto em que tal capacidade autônoma poderia ser desenvolvida. Nesse sentido, a atribuição de autonomia não é apenas parte de estereótipos descolados da realidade do sujeito que é diagnosticado, mas faz parte das contingências que exercem controle sobre os mesmos comportamentos descritos pelo diagnóstico que o sujeito deseja suprimir.

2.3. Autonomia

Até então, as seções 2.1 e 2.2 sugerem que essencialização biogenética faz parte de um fenômeno que implica na menor atribuição de autonomia ao sujeito quando este é diagnosticado com um transtorno psiquiátrico. Nesse sentido, um componente a mais é incorporado a uma perspectiva essencialista psicológica: na medida em que essências são supostas, menor controle e intencionalidade do comportamento são atribuídos ao indivíduo que se comporta. Estereótipos marcados por essencialismo usualmente implicam em perspectivas de menor disposição do sujeito alvo para mudança (Haslam, 2000; Pereira, 2015), o que está intimamente ligado à medida de *pessimismo prognóstico* (Haslam & Kvaale, 2015).

Assim como pessimismo prognóstico é uma perspectiva socialmente promovida em teorias implícitas essencialistas, esta mesma perspectiva pode fazer parte de teorias implícitas das próprias pessoas diagnosticadas. Ilic e colaboradores (2013) consideram a perspectiva de que o alvo (pessoa diagnosticada) percebe que, a partir do momento em que a perspectiva de doença mental é introduzida, outras pessoas tendem a agir em relação à pessoa que recebe o rótulo com menor confiança, atribuindo menos responsabilidade, etc. Por outro lado, tal visão pode fazer parte de teorias implícitas assumidas pelo próprio indivíduo diagnosticado, ou seja, o próprio sujeito diagnosticado pode se ver e ver outras pessoas diagnosticadas como menos autônomas.

Duas hipóteses podem ser investigadas a respeito de implicações enredadas em práticas que apresentam o tipo de teoria implícita explicitado pela afirmação “*um sujeito diagnosticado com transtorno psiquiátrico é menos confiável para agir de maneira responsável e autônoma*”: (1) pessoas se dirigem à pessoa diagnosticada se comportando de modo a retirar sua responsabilidade e questionar sua capacidade, permitindo menor autonomia do indivíduo e (2) o indivíduo diagnosticado atribui a si mesmo menor possibilidade de se engajar em atividades autônomas segundo sua perspectiva de que uma doença o impede de tal engajamento.

A suposição de que a sociedade dispõe de teorias implícitas que contemplam explicitamente a palavra “autonomia” em sua racionalização não é aqui assumida, todavia, expressões que implicam autonomia são frequentemente utilizadas (menor atribuição de capacidade para ação competente, por exemplo). A próxima subseção tratará do que é concebido, para o presente trabalho, como um sujeito autônomo. Nesse sentido, nos é permitido fazer uma discussão sobre a tendência típica de uma pessoa autônoma a se comportar dessa maneira, sentindo-se autônoma e pensando autonomamente.

2.3.1. Autonomia no sentido disposicional

Autonomia pode ser definida enquanto *estereótipo*⁴ *fenomênico-disposicional* (Schwitzgebel, 2002). Tal estereótipo caracteriza a *tendência* de um sujeito a agir, pensar, e sentir-se de forma específica. Por exemplo, alguém agressivo não é necessariamente alguém que está agredindo outras pessoas em todos os momentos, mas alguém que tende a fazê-lo quando determinadas condições se apresentam (e.g. quando é fechado no trânsito). Essa pessoa, considerada agressiva, pode eventualmente agir de forma não-agressiva em determinadas situações. O necessário para que uma pessoa possa ser considerada como agressiva, segundo uma perspectiva fenomênico disposicional, é que tipicamente a propriedade *x* faça parte do repertório do sujeito (no caso, propriedades usualmente consideradas como de uma pessoa agressiva). Uma pessoa pode ser mais ou menos agressiva, assim como o rótulo “agressivo” pode ser mais ou menos preciso em relação à variedade de comportamentos emitidos pela

⁴O termo *estereótipo* é aqui empregado no sentido disposicionalista do termo, não tendo nenhum compromisso com a abordagem da psicologia social sobre o termo. Nesse sentido, *estereótipo* se refere ao *que é típico, usual, ou comumente esperado*. Para maior ênfase, ver Schwitzgebel (2002) e Ferreira (2014).

pessoa em questão, todavia no contexto social onde essa pessoa está inserida tal caráter é aceito enquanto descritor de sua tendência comportamental.

De modo semelhante, alguém “autônomo” pode agir heteronomamente⁵ em algumas situações, embora possua uma tendência predominante para agir autonomamente. Um sujeito autônomo é alguém que, dado o contexto adequado, é capaz (i.e. possui a tendência) de, por exemplo, desenvolver uma perspectiva pessoal sobre o seu contexto social, entendendo-o e avaliando-o, assim como de agir em função da perspectiva pessoal que desenvolve sobre tal contexto (Ferreira, 2015). Mais do que isso, uma pessoa tipicamente caracterizada como autônoma pode ter a tendência de sentir-se capaz de realizar uma certa variedade de tarefas por conta própria, de sentir-se responsável por suas ações, ou mesmo de planejar sua ação quando as condições apropriadas fazem parte do contexto. O número de manifestações subjetivas que contemplam o *ser autônomo* não é finito ou tem variedade limitada, mas é caracterizado como tal desde que suas propriedades sejam tipicamente vinculadas a tal estereótipo disposicional de “autonomia” (Ferreira, 2015). Ao fazer referência à autonomia enquanto estereótipo fenomênico-disposicional, a consideramos enquanto um *repertório comportamental* ou, ao que a pessoa “é capaz de fazer dadas as circunstâncias adequadas” (Skinner, 1974, p. 138).

Esta definição não implica em uma independência entre o que o indivíduo faz e como seu meio social se estrutura, mas que o entendimento deste meio social o permite ter ação reflexiva e efetiva sobre tal contexto, ainda que com influências sobre seu comportamento. Trata-se de um sujeito que poderia ser usualmente descrito no meio social, ou mesmo em *folk theories* (Malle, 2004), como “capaz”, “consciente de suas ações”, ou “empoderado”.

Um sujeito autônomo é um sujeito que, segundo a definição supracitada (Ferreira, 2015), é considerado enquanto capaz de agir em meio a seu contexto de forma efetiva. Por

⁵*Heteronomia* é um termo que usualmente se refere à *ausência de autonomia*.

exemplo: planejar uma carreira profissional e agir conforme tal planejamento; entender os propósitos de relações interpessoais estabelecidas e decidir o que agregar qualitativamente a tais relações; etc. Essas atividades envolvem um alto grau de avaliação (1) do meio social no qual o indivíduo está inserido sobre suas ações, (2) de sua capacidade para a ação a partir de suas reflexões, e (3) da capacidade reflexiva desse indivíduo sobre os contextos nos quais ele está inserido. No presente trabalho, esses três aspectos farão parte de três medidas sobre atribuição de autonomia a uma pessoa, respectivamente: *responsabilização*, *capacidade para a ação*, e *capacidade reflexiva*.

A atribuição de autonomia a uma pessoa, frequentemente, está intimamente relacionada com sua *responsabilização* em meio às práticas sociais. Nesse sentido, um sujeito autônomo seria um sujeito que pode ser responsabilizado por como age no mundo e pelas consequências de suas ações em uma perspectiva normativa. Judicialmente notamos alusões frequentes a esse aspecto, por exemplo, quando a “deficiência” é constatada em alguém que comete um ato desviante e tem sua sentença modificada uma vez que é removida a perspectiva de *dolo* (i.e. intenção). Nesse caso, quando constatada menor capacidade autônoma do sujeito, menor é sua responsabilidade. De forma análoga, uma pessoa que é diagnosticada com fobia social pode ter sua responsabilização flexibilizada na medida em que sua capacidade é influenciada pela percepção social de uma doença. É possível notar ainda que, conforme uma pessoa é considerada mais capaz, ou como alguém competente ou responsável, mais atribuições são dadas devido à confiança do meio social em sua capacidade.

A *capacidade para a ação* de uma pessoa também faz parte de seu desempenho autônomo. Nesse quesito, concebe-se que um sujeito autônomo é alguém que depende menos de outras pessoas para sua atividade cotidiana. No meio social é possível notar alusões a isso quando uma pessoa é considerada independente, seja de outras pessoas, seja de seus sentimentos (i.e. ser menos impulsiva). Nesse ponto a capacidade do sujeito para a ação

depende de como o sujeito se relaciona com as pessoas ao seu redor (certo grau de independência social) e com seus próprios pensamentos e sentimentos (independência subjetiva). Uma pessoa que é menos autônoma é tipicamente taxada como alguém que precisa de ajuda, tal como frequentemente seus sentimentos são concebidos como barreiras para sua ação efetiva.

A *capacidade reflexiva* do indivíduo é um terceiro fator de sua autonomia. Considera-se o quanto os pensamentos da pessoa fazem sentido, se ela é capaz de avaliar as situações nas quais se encontra de maneira competente, ou se é capaz de planejar suas ações de maneira a agir em direção ao que considera importante. Essas são aptidões cognitivas que usualmente dão ao sujeito algum status de poder sobre seu meio social e sobre sua própria vida.

Essas três dimensões da autonomia (responsabilização, capacidade para a ação e capacidade reflexiva) serão avaliadas pelo instrumento desenvolvido no presente trabalho. A partir desse instrumento, pretende-se avaliar se a percepção social sobre essas três dimensões é influenciada pelo rótulo diagnóstico atribuído ao sujeito alvo da avaliação e ao participante que o avalia.

2.4. Diagnóstico psiquiátrico e autonomia

A sociedade dispõe de atitudes direcionadas a categorias sociais, seja a partir de estereótipos, preconceito ou discriminação. Ilic et al. (2011) argumentam que é perceptível para a pessoa que é diagnosticada a influência do questionamento à sua capacidade nos contextos onde se insere. Supondo que seja identificada a atribuição de menor autonomia à categoria de pessoas diagnosticadas, e que sua percepção sobre a própria categoria à qual pertencem seja modificada, resta discutir as implicações sociais e subjetivas de tal fenômeno.

Com o advento do diagnóstico psicopatológico enquanto rótulo que descreve uma doença, a capacidade de agir de maneira autônoma é questionada pelos percebedores. O percebedor pode ser um terceiro ou, por vezes, percebedor e alvo podem ser a mesma pessoa.

Isto ocorre na medida em que a própria avaliação do sujeito que se comporta é considerada como sinal ou sintoma de uma doença; assim, qualquer avaliação reflexiva, comportamento ou sentimento expresso pelo sujeito é questionado por ser produto da doença subjacente. Considerando tal suposição, tendo em vista que sinais e sintomas descritos em instrumentos como o DSM são eventos comportamentais públicos ou privados (i.e. pensamentos e sentimentos), tais eventos passam a ser considerados pelo meio social leigo como expressões de doenças, logo, sua causa se localizaria em uma essência biogenética que foge ao controle do indivíduo. Enquanto autonomia engloba ação reflexiva e efetiva, a ação de um sujeito diagnosticado com um transtorno psiquiátrico é considerada produto de uma doença alheia ao controle do indivíduo. Esse contexto produz um sujeito que é percebido pelo outro, e por si, como menos capaz de ter sua própria vida sob seu controle.

A capacidade do sujeito seria influenciada pelo fato do diagnóstico o descrever, tal como pelo tipo de diagnóstico que o descreve. Diagnósticos diferentes implicam em sinais e sintomas diferenciados e, deste modo, a essencialização biogenética direcionada a eles pode obter índices e implicações diferentes a depender do diagnóstico. De modo semelhante, as implicações para a autonomia decorrente da rotulação diagnóstica específica serão diferentes a depender do diagnóstico. Por exemplo, a severidade da esquizofrenia pode ser percebida como maior, e maior é o desejo pelo afastamento social do indivíduo diagnosticado quando comparado a um outro indivíduo diagnosticado com depressão (cf. Kvaale et al., 2013^a; Kvaale et al., 2013^b). Paralelamente, a atribuição de autonomia para uma pessoa diagnosticada com depressão seria diferente da diagnosticada com esquizofrenia.

A avaliação moral do diagnóstico enquanto algo desejável ou indesejável, bom ou ruim, não é assumida no presente trabalho enquanto uma premissa inquestionável. Embora sua utilização possa ser questionada com relação ao seu papel na identificação de causas ou na qualidade de orientador para o tratamento etiológico, decerto a classificação diagnóstica é útil

para a comunicação entre diferentes áreas de atuação (Psicologia, Medicina, Direito, etc.) e para a produção de pesquisas com grandes grupos (Banaco, Zamignani, & Meyer, 2010; Matos & Ferreira, 2016; Wilson, Hayes, Gregg, & Zettle, 2001). Frequentemente também a redução de sintomas não é apenas desejável, como também necessária para facilitar o tratamento, evitar danos à sociedade e ao próprio sujeito. De modo semelhante, a diminuição de autonomia e responsabilidades atribuídas a uma pessoa diagnosticada por si só não pode ser considerada negativa de maneira absoluta.

Uma pessoa que, por exemplo, é diagnosticada com transtorno depressivo maior provavelmente receberá mais atenção e ajuda de outras pessoas a partir do momento em que o diagnóstico é estabelecido. Esse tipo de prática, em algum nível, sempre implica em moderação na atribuição de responsabilidades a essa pessoa, e de autonomia de uma forma geral. Sabe-se que, por exemplo, o transtorno depressivo maior é um diagnóstico que está relacionado com estatísticas elevadas de comportamentos de risco ou suicidas (Chachamovich et al., 2009). Nesse sentido, certa cautela e atenção com relação ao que é exigido do sujeito é coerente.

A interpretação de que há um proceder invariável no que diz respeito à responsabilização da pessoa que é diagnosticada parece equivocada. Sendo assim, também a atribuição *invariável* de menor capacidade e responsabilidade a uma pessoa por conta da rotulação diagnóstica que ela recebe parece problemática.

A discussão sobre implicações da rotulação diagnóstica vinculada à essencialização biogenética ultrapassa a concepção ingênua de que o diagnóstico psiquiátrico é um mal a ser combatido absolutamente. Ergue-se a questão, todavia, de que mesmo havendo funções importantes para o diagnóstico, suas funções não se limitam necessariamente a aspectos positivos.

A concepção de que a sociedade ocidental está, hoje, inserida em uma cultura do diagnóstico, marcada pelo tratamento de expressões subjetivas como patológicas, implica o

diagnóstico como parte construtora de como indivíduos se dirigem a sua própria subjetividade (Matos & Ferreira, 2016). Considerando a concepção de regulação verbal citada na seção 2.2 do presente trabalho, pensamentos e sentimentos da pessoa se tornam aversivos quando um diagnóstico é aplicado. O sujeito começa a comportar-se de maneira a evitar tais pensamentos e sentimentos, e mais que isso, os contextos que evocam tais eventos privados. Esse tipo de repertório comportamental é chamado na literatura de *esquiva experiencial* (cf. Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

Um repertório bem desenvolvido de esquiva experiencial envolve grande parte da vida de uma pessoa (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). O problema gerado por esse repertório é constituído em uma dupla medida: (A) a literatura dispõe de evidências que demonstram que a tentativa de supressão de pensamentos e sentimentos é frequentemente contraproducente, muitas vezes aumentando sua frequência a longo prazo (cf. Abramowitz, Tolin, & Street, 2001; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011); e (B) as constantes tentativas do sujeito em mudar a forma ou se afastar de seus sentimentos e pensamentos envolvem também a evitação dos contextos nos quais tais eventos privados são evocados, restringindo a atividade do sujeito a práticas que o afastam de uma vida significativa (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011). Nesse sentido o indivíduo começa a se afastar de suas atividades e, em uma cultura do diagnóstico, o rótulo de uma doença acaba por funcionar como uma *boa razão* para que o sujeito se implique menos em sua própria vida, favorecendo seu afastamento (Matos & Ferreira, 2016).

Enquanto um repertório comportamental, a autonomia está sujeita às contingências sociais (Lopes & Abi, 2003; Skinner, 1974). Se o relatar possuir um diagnóstico é tratado pelo contexto social como uma boa razão para a menor implicação do sujeito em sua própria vida, tal resposta é aceita, reforçada, se torna mais frequente. Maior é a probabilidade do sujeito se implicar menos em sua própria vida.

A função de *doença* parece ser transferida para os eventos subjetivos do cotidiano de uma pessoa. Nesse sentido, o diagnóstico não apenas descreve síndromes ou doenças, mas *cria* essas doenças na medida em que transforma eventos privados comuns na existência humana em patologias com função aversiva atribuída. Nesse sentido, uma vez que o diagnóstico é estabelecido, o sujeito que foi diagnosticado interpreta seus sentimentos e pensamentos, ainda que não descritos pelo diagnóstico, enquanto produtos de uma doença. Por exemplo, um sujeito diagnosticado com depressão pode interpretar, além de desmotivação e da tristeza excessiva por ele vividas, tristezas comuns inerentes ao seu dia-a-dia (e.g. frente a situações difíceis, perdas, etc) como produto do diagnóstico; um sujeito diagnosticado com transtorno de pânico pode interpretar, mais do que a ansiedade e sensação de morte iminente, sua taquicardia quando realizando uma apresentação pública de trabalho ou um exercício físico como produto de sua doença.

Paralelamente, o sujeito se torna cada vez menos autônomo perante à sociedade, seja pela atribuição de autonomia dada a ele por seus pares uma vez que o diagnóstico é estabelecido, seja em sua autopercepção. Sua capacidade começa a ser questionada pelos outros e por si mesmo, sendo justificada por uma razão amplamente aceita no meio social: a causa biológica ou doença que está implicada. Sua capacidade para gerir negócios, comparecer ao trabalho, relacionar-se com outras pessoas, ou mesmo sua capacidade de melhora são questionados.

Esquiva experiencial (verificada pelo AAQ-II, disposto no ANEXO 4) é ainda central para a vida de pessoas diagnosticadas. Em diversos estudos, há índices de correlação identificados entre esquiva experiencial e diversos diagnósticos: severidade em sinais e sintomas de tricotilomania (Begotka, Woods, & Wetterneck, 2004); dor crônica (Feldner et al., 2006); transtornos depressivos e ansiosos (Kashdan et al., 2006; Roemer, Salters, Raffa, & Orsillo, 2005; Tull, Gratz, Salters, & Roemer, 2004); adicção (Stewart, Zvolensky, & Eifert,

2002) e severidade na adicção em drogas por veteranos (Forsyth, Parker, & Finlay, 2003); sinais e sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (Larson, 2011; Marx & Sloan, 2005); e mesmo diagnósticos psiquiátricos de modo geral (Hayes et al., 2004). Embora direção causal não seja aqui suposta, a correlação entre esquiva experiencial e a severidade em diversos diagnósticos chama a atenção do leitor quando empiricamente constatada pelos estudos supracitados.

Se a luta contra a experiência de sentimentos e pensamentos (i.e. esquiva experiencial) descritos pelo diagnóstico é reforçada socialmente, concomitantemente a severidade do diagnóstico aumenta como constatado nas correlações citadas no parágrafo anterior. Considerando a possível suposição de que na ausência dos sinais e sintomas da doença a autonomia seria conquistada pelo sujeito que é diagnosticado, a esquiva experiencial se tornaria antagônica à própria percepção alheia e autopercepção de autonomia. Tal suposição será avaliada no presente trabalho através da medida de correlação entre a atribuição de autonomia, autopercepção de autonomia e esquiva experiencial em análises complementares.

A hipótese relacionando esquiva experiencial e autonomia supõe que: menor capacidade seria atribuída ao sujeito pelos sintomas que apresenta, a função de seus eventos privados teria seu poder aversivo ampliado pela descrição diagnóstica e pelas teorias implícitas essencialistas, padrões de esquiva experiencial se tornariam mais frequentes, e a severidade de sinais e sintomas amplificada. Menor atribuição de autonomia, nesse sentido, não seria apenas protetiva para o sujeito diagnosticado, mas também estaria relacionada ao menor engajamento autônomo, fortalecimento das práticas aliadas ao diagnóstico em detrimento a aspectos mais amplos na vida do indivíduo.

2.5. Problemas e hipóteses

Para os propósitos do presente trabalho, considera-se que uma cultura do diagnóstico marcada pela essencialização biogenética dos transtornos mentais influencia a atribuição de

autonomia dada ao sujeito que recebe o diagnóstico psiquiátrico. Nesse sentido, a despeito de um conhecimento idiossincrático sobre indivíduo que é diagnosticado, é sugerido na literatura que a sociedade avaliaria sua capacidade e responsabilidade de maneira diferenciada por conta da rotulação diagnóstica que é atribuída, tratando-o menos com base em suas características individuais e mais com base na categoria social à qual pertence (doentes mentais). Tal tratamento pode influenciar o modo como o sujeito diagnosticado se relaciona com sua própria percepção autônoma e com a atribuição de autonomia a outras pessoas pertencentes à mesma categoria. Dito isso, o presente trabalho tem como problema de pesquisa: *o fato de um indivíduo ser diagnosticado com um transtorno psiquiátrico influencia a sua atribuição de autonomia a pessoas diagnosticadas?*

A partir da investigação empreendida sobre tal problema, questões específicas de pesquisa podem ser colocadas em perspectiva, juntamente com hipóteses correspondentes:

- I. A atribuição de autonomia à categoria de pessoas diagnosticadas com transtornos psiquiátricos é influenciada pelo fato do avaliador ser rotulado por um diagnóstico psiquiátrico?

H (I): Ao passo que pessoas diagnosticadas convivem com a perspectiva de que diagnósticos psiquiátricos devem ser tratados como doenças, os participantes diagnosticados atribuirão menor autonomia a alvos diagnosticados quando comparados com os participantes não diagnosticados.

- II. A atribuição de autonomia é influenciada pelo alvo da atribuição ser rotulado com um diagnóstico psiquiátrico?

H (II): Conforme a perspectiva de que o rótulo diagnóstico implica a concepção de doença, que por sua vez está enredada no questionamento às capacidades de do sujeito diagnosticado, assume-se que será atribuída menor autonomia aos alvos rotulados com diagnósticos psicopatológicos do que aos alvos não rotulados.

III. A atribuição de autonomia é influenciada pelo tipo de diagnóstico específico apresentado pelo sujeito que é rotulado com transtorno psiquiátrico?

H (III) A partir da concepção de que a avaliação de um sujeito sobre um rótulo diagnóstico pode ser influenciada pelo que o diagnóstico descreve (sinais e sintomas), bem como do conhecimento comum a seu respeito, assume-se que o tipo de rótulo diagnóstico (Depressão, Transtorno Obsessivo Compulsivo ou Esquizofrenia) e sua severidade percebida implicarão em diferenças na autonomia atribuída a depender do tipo de rótulo diagnóstico apresentado pelo alvo da avaliação.

IV. É possível identificar mediação do essencialismo psicológico nos efeitos da rotulação diagnóstica psiquiátrica do participante e da rotulação diagnóstica do alvo na atribuição de autonomia?

H (IV): À medida que essencialização está relacionada com maior atribuição de controle do comportamento do sujeito à doença e menor ao indivíduo, quanto maior a essencialização biológica verificada enquanto mediador relacionado à rotulação diagnóstica do alvo e de seu avaliador, menor será o grau de autonomia atribuído aos sujeitos diagnosticados avaliados.

3. MÉTODO

3.1. Delineamento do estudo

Para o presente trabalho, foi utilizado um delineamento fatorial de desenho 2 x 2 x 3. Neste delineamento, os dois primeiros fatores a serem mensurados são independentes: (1) uma corresponde à variável do participante: ser ou não ser diagnosticado com um transtorno psiquiátrico; e (2) uma correspondente à variável manipulada: presença ou não da rotulação diagnóstica psiquiátrica em sujeitos fictícios avaliados pelos participantes. A terceira variável é de medidas repetidas, que corresponde a três diagnósticos sindrômicos específicos (Transtorno Depressivo, Transtorno Obsessivo Compulsivo, e Esquizofrenia). Posteriormente, a variável dependente (grau da atribuição de autonomia) é verificada, e então comparados os escores, nas quatro condições do estudo: (1) ser diagnosticado vs. avaliar sujeitos diagnosticados; (2) ser diagnosticado vs. avaliar sujeitos não diagnosticados; (3) não ser diagnosticado vs. avaliar sujeitos diagnosticados; e (4) não ser diagnosticado vs. avaliar sujeitos não diagnosticados.

3.2. Participantes

Para as análises realizadas no presente estudo, os participantes diagnosticados obedeceram ao critério de inclusão de ter sido diagnosticados por profissional habilitado (i.e. médico ou psicólogo). Os participantes não diagnosticados obedeceram ao critério de inclusão que define que não tenham atualmente, ou tido em outro momento, diagnóstico psiquiátrico atribuído por profissional habilitado. Todos os participantes do estudo possuem ensino médio completo.

Participaram da pesquisa um total de 125 pessoas. Foi realizada uma análise para verificar a adequação da distribuição dos participantes por cada uma das quatro condições do estudo através do teste *qui-quadrado*, conforme pode ser visto na Tabela 1. Os resultados da

análise do qui-quadrado de Pearson indicaram que a frequência de participantes por condição foi próxima à frequência esperada para o estudo ($p = 0,58$).

Tabela 1

Distribuição de participantes por condição: frequências obtidas e frequências esperadas (n = 125)

			Diagnóstico da vinheta	
			Não	Sim
Diagnóstico do Participante	Não	Frequência	36	39
		Frequência Esperada	37,8	37,2
	Sim	Frequência	27	23
		Frequência Esperada	25,2	24,8

A Tabela 2 apresenta alguns dos dados sociodemográficos dos participantes do estudo, conforme se caracterizou a amostra de coleta para a análise dos resultados parciais do estudo.

Tabela 2

Características demográficas dos participantes (n = 125)

	Participantes Diagnosticados (n = 50)	Participantes Não-diagnosticados (n = 75)	Total
Sexo			
Mulheres	42 (84,0%)	57 (76,0%)	99 (79,2%)
Homens	8 (16,0%)	18 (24,0%)	26 (20,8%)
Idade	<i>M</i> = 34,00 (<i>DP</i> = 11,43)	<i>M</i> = 33,97 (<i>DP</i> = 10,55)	<i>M</i> = 33,98 (<i>DP</i> = 10,87)
Renda Familiar Mensal (em salários mínimos)			
Até 1	5 (10,0%)	4 (5,3%)	9 (7,2%)
1 a 3	13 (26,0%)	18 (24,0%)	31 (24,8%)
3 a 6	18 (36,0%)	18 (24,0%)	36 (28,8%)
6 a 9	6 (12,0%)	10 (13,3%)	16 (12,8%)
9 a 12	3 (6,0%)	12 (16,0%)	15 (12,0%)
12 a 15	2 (4,0%)	4 (5,3%)	6 (4,8%)
Mais de 15	3 (6,0%)	9 (12,0%)	12 (9,6%)
Nível de escolaridade			
Ensino médio	29 (58,0%)	17 (22,7%)	46 (36,8%)
Graduação	10 (20,0%)	25 (33,3%)	35 (28,0%)
Pós-graduação	11 (22,0%)	33 (44,0%)	44 (35,2%)

Dentre os participantes que responderam aos questionários, como pode ser constatado através da leitura da Tabela 2, é notória a superioridade da frequência no número de mulheres (79,2%) sobre o número de homens (20,8%) participantes da pesquisa, tendência que se mantém para os participantes diagnosticados e não diagnosticados. Embora a diferença na frequência dos sexos seja grande, as análises a partir do teste *t* indicaram não haver diferença significativa ($p = 0,43$) na atribuição de autonomia entre os sexos (considerando efeitos principais). O teste qui-quadrado também apontou que a frequência obtida para cada sexo não foi significativamente diferente da frequência esperada para a amostra ($p > 0,05$).

A média de idade dos participantes foi de 33,98 anos, variando entre as idades de 18 anos e 68 anos de idade. Tanto participantes diagnosticados quanto não diagnosticados acompanharam as características etárias da amostra total. Em relação ao estado civil, 59 participantes (47,2%) relataram estar solteiros, 46 (36,8%) casados, 16 (12,8%) divorciados, e 4 participantes (3,2%) relataram estar em outro tipo de estado civil (e.g. união estável). A maior porção dos participantes relatou ser atea ou agnóstica (30,4%) e a religião mais relatada como praticada pelos participantes foi a católica (27,2%), seguida pelo espiritismo (15,2%), religiões de matriz evangélica (13,6%), e outras religiões (e.g. budismo) (12,8%). Mais da metade da amostra possui renda familiar entre 0 e 6 salários mínimos (60,8%) caracterizando, em sua maioria, baixa renda.

Apesar da baixa renda, mais da metade dos participantes possui graduação (62,4%), e ainda 35,2% da amostra possui algum nível de pós-graduação. Embora os dados totais apontem um percentual alto de pessoas com graduação, há diferenças entre o perfil do participante diagnosticado e do não diagnosticado quanto ao nível de ensino quando se nota que 77,3% dos participantes não diagnosticados possuem graduação em comparação com apenas 42% dos participantes diagnosticados.

Quanto a variável de maior relevância para o presente estudo, sobre o participante ter sido ou ser atualmente diagnosticado (ver Tabela 1), não há uma proporcionalidade perfeita entre os grupos, sendo que 50 participantes (40,0%) possuem diagnósticos psiquiátricos, contra 75 participantes (60,0%) que não são diagnosticados. Embora a diferença nas frequências seja alta, a avaliação do teste qui-quadrado apontou que a distribuição está próxima à esperada para a amostra ($p > 0,05$).

Considerando os possíveis efeitos dos participantes terem experiências com diagnósticos psiquiátricos, mesmo que não sejam diagnosticados, foi verificada ainda a frequência de participantes que têm algum amigo ou familiar próximo que possua diagnóstico

psiquiátrico. A partir desse questionamento, 99 participantes do estudo (79,2%) afirmaram possuir alguém próximo diagnosticado; em contraponto, apenas 26 participantes (20,8%) relataram não ter pessoas próximas diagnosticadas. Mesmo quando considerando apenas os participantes não diagnosticados, 74,7% desses participantes possuem algum vínculo próximo com pessoas diagnosticadas. Tais frequências chamam a atenção para a onipresença da psicopatologia na vida cotidiana dos participantes do estudo.

Algumas características foram exploradas apenas sobre os participantes diagnosticados (Tabela 3 e Tabela 4), considerando o tipo de profissional que formulou e forneceu o diagnóstico diferencial do transtorno relatado pelo participante, tal como saber se o participante apresenta o diagnóstico relatado atualmente e se é acompanhado por um profissional de saúde mental.

Tabela 3

Características dos participantes diagnosticados (n = 50)

Profissional que forneceu o diagnóstico	
Psicólogo	8 (16,0%)
Médico	42 (84,0%)
Diagnósticos apresentados ou comorbidades	
Apenas um diagnóstico	30 (60,0%)
Dois diagnósticos	14 (28,0%)
Três diagnósticos	2 (4,0%)
Ausentes	4 (8,0%)
O diagnóstico relatado se mantém atualmente?	
Sim	38 (76,0%)
Não	12 (24,0%)
Acompanhamento por profissional de saúde mental	
Psicoterápico	3 (6,0%)
Psiquiátrico	19 (38,0%)
Psicoterápico e psiquiátrico	18 (36,0%)
Não possui acompanhamento	10 (20,0%)

Obedecendo ao critério de inclusão estabelecido para os participantes diagnosticados, todos foram diagnosticados por profissional habilitado, sendo 84% diagnosticados por médicos e 26% por psicólogos. A maior parcela dos participantes diagnosticados relatou apenas ter recebido um diagnóstico (60%), outros participantes relataram ter mais de um diagnóstico ou comorbidades, sendo que 28% relataram possuir dois diagnósticos e 4% três diagnósticos. Quatro dos participantes diagnosticados (8%) não relataram seus diagnósticos. Os tipos de diagnóstico são apresentados na Tabela 4.

Considerando o critério de inclusão para a condição experimental do participante diagnosticado, todos deveriam ser no momento da pesquisa ou ter sido em outro momento diagnosticados com algum tipo de transtorno psiquiátrico. Foi considerada, portanto, a participação de pessoas que passaram por remissão diagnóstica e hoje não apresentam mais sinais e sintomas descritos pelo diagnóstico que outrora lhes foi atribuído. Dos participantes diagnosticados, 76% relataram ainda apresentar o quadro característico do diagnóstico psiquiátrico e 24% não possuíam mais o diagnóstico (i.e. tiveram remissão diagnóstica) no momento da pesquisa.

Tabela 4

Diagnósticos apresentados pelos participantes (n = 50)

Depressão (não especificada)	20 (32,3%)
Transtorno de ansiedade generalizada (TAG)	9 (14,5%)
Transtorno afetivo bipolar (TAB)	8 (12,9%)
Transtorno de personalidade borderline (TPB)	7 (11,3%)
Transtorno de Pânico	4 (6,5%)
Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade/DDA (TDAH)	4 (6,5%)
Ansiedade (não especificada)	3 (4,8%)
Síndrome de asperger	3 (4,8%)
Transtorno do espectro autista (não especificado) (TEA)	2 (3,2%)
Transtorno depressivo persistente/distímico	1 (1,6%)
Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)	1 (1,6%)

A Tabela 4 apresenta os diagnósticos relatados pelos participantes diagnosticados do estudo que optaram por especificar o diagnóstico recebido. Ao todo, houveram 62 diagnósticos relatados de 10 síndromes/transtornos diferentes. Dos 62 relatos, uma parcela foi de pessoas que possuíam mais de um diagnóstico (32% da amostra, conforme explicitado na Tabela 3). Dentre os que apresentaram diagnósticos plurais foram apresentados: TDAH e TAG; depressão

e síndrome de asperger; depressão e TAG; distímia e ansiedade; depressão e TDAH; depressão de transtorno de pânico; ansiedade e TDAH; TAG e TOC; TAG, depressão e TPB; TAB, depressão e ansiedade; etc. Tais diagnósticos plurais, entretanto, não foram contabilizados em tabelas devido à falta de especificidade sobre serem comorbidades ou diagnósticos apresentados por profissionais diferentes ou em tempos diferentes.

3.3. Instrumentos

3.3.1. Escala de Atribuição de Autonomia

O instrumento utilizado para verificar a variável dependente (atribuição de autonomia) é de formulação específica para o presente trabalho – Escala de Atribuição de Autonomia (ANEXO 2) -, uma vez que investigação semelhante não consta na literatura. Tal instrumento é inspirado no “*Instrumento de Avaliação de Primeiras Impressões*” (cf. Simões, 2017), sendo constituído por dois componentes: leitura de vinhetas sobre sujeitos fictícios caracterizados a partir de comportamentos públicos, pensamentos e sentimentos coerentes com os diagnósticos descritos no DSM-V (APA, 2013) e seus correspondentes diagnósticos (Transtorno Depressivo, Transtorno Obsessivo Compulsivo, e Esquizofrenia – ANEXO 1); e por itens que se referem às afirmações sobre a autonomia do sujeito descrito na vinheta (e.g. “Renato é capaz de realizar suas atividades sem a ajuda de outras pessoas”) sobre os quais o participante deve responder atribuindo em uma escala estilo *Likert*, entre 1 e 5, o grau em que concorda com a afirmação descrita, na qual 1 *discorda totalmente*, e 5 *concorda totalmente* com a afirmação.

Por ser um instrumento novo, foi realizado um pré-teste para a aplicação deste instrumento em uma amostra de participantes que contemplou as condições almejadas pelo presente estudo, a fim de verificar sua compreensão e validade, o que definiu a opção por sua utilização no estudo e os devidos ajustes a serem realizados. Além disso, o instrumento foi submetido à avaliação de quatro juízes para a verificação técnica e ética sobre o conteúdo das vinhetas, tal como sobre as afirmações que foram analisadas pelos participantes do estudo.

A partir de tal avaliação, foram realizadas alterações no instrumento no sentido de favorecer sua compreensão e inteligibilidade pelos participantes do estudo, bem como a reformulação de itens de maneira a inclui-los em blocos interpretativos (atribuição de capacidade e responsabilização), em prol de maior coerência com a definição de autonomia utilizada pelo presente trabalho. Foram ainda reduzidas as opções da escala (antes, de 1 a 7) para cinco itens (agora, de 1 a 5), almejando maior objetividade na realização do estudo, menor efeito de cansaço para o participante, assim como inteligibilidade. Foi realizada uma primeira avaliação com seis participantes e quatro juízes, após a qual as alterações no instrumento foram realizadas. Após as revisões, uma segunda avaliação foi realizada com a participação de mais quatro participantes que avaliaram o estudo, e uma reavaliação dos mesmos quatro juízes. Com a divisão do instrumento em blocos (fatores), adequação dos itens e da escala, prosseguiu-se em direção à coleta de dados com a amostra do estudo.

A escala de atribuição de autonomia possui 14 itens, contemplando dois fatores: atribuição de capacidade (10 itens) e responsabilização (04 itens). O fator de atribuição de capacidade pode ser dividido em dois blocos, de atribuição de capacidade cognitiva (06 itens) e de capacidade para a ação (04 itens). Como representado pela Figura 1, a escala de atribuição de autonomia como um todo obteve consistência interna promissora a partir de análise de confiabilidade ($n = 125$), com um alfa de Cronbach de 0,90. Ao serem analisados os blocos da escala, foram verificados um índice de 0,87 para o bloco de atribuição de capacidade e de 0,79 para o bloco de responsabilização. Após a análise dos blocos e da escala por completo, optou-se pela utilização de todos os itens, visto que a retirada de qualquer um dos itens comprometeria o índice de confiabilidade obtido pela escala de atribuição de autonomia completa.

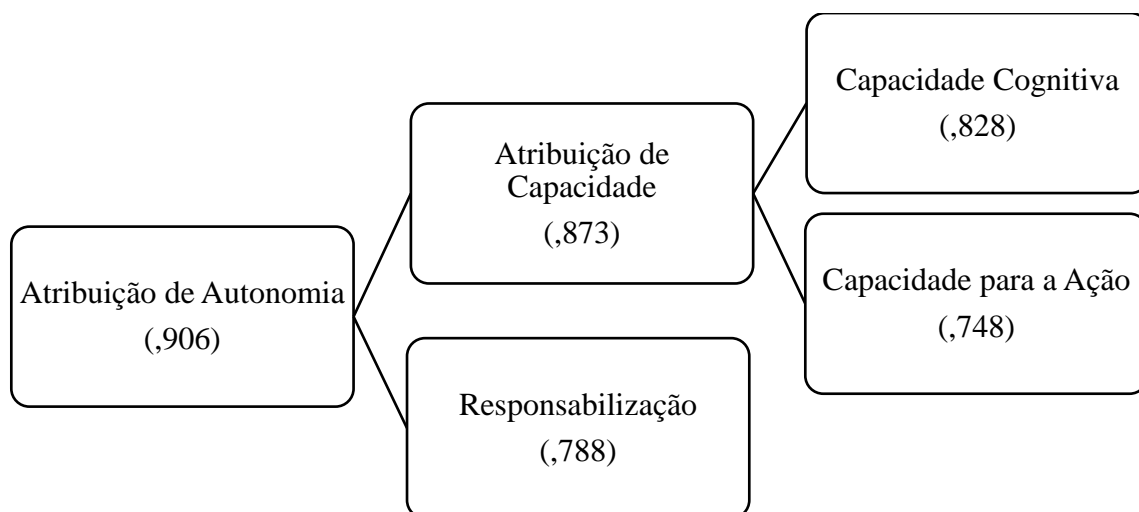


Figura 1. Escala de Atribuição de Autonomia: blocos e sub-blocos – análise de confiabilidade.

Nos sub-blocos de atribuição de capacidade, alguns elementos foram priorizados na formulação dos itens. No que diz respeito à atribuição de capacidade cognitiva, três propriedades são características dos itens avaliados: *entendimento* (i.e. coerência interna do pensamento), *deliberação* (i.e. capacidade de decisão e planejamento) e *avaliação* (i.e. capacidade de discernimento sobre certo e errado). Sobre a atribuição de capacidade para a ação, duas propriedades dos itens avaliados foram elencadas em sua formulação: *independência social* (i.e. capacidade do indivíduo para agir no mundo sem necessidade de ajuda do seu meio social) e *independência subjetiva* (i.e. capacidade de agir sem impedimento imposto por sentimentos e pensamentos).

Todos os itens foram formulados com atribuição direta e reversa de autonomia, com o objetivo de, em conjunto com a aleatorização das afirmações no estudo, favorecer a consistência interna do instrumento e uma apropriação adequada da percepção dos participantes do estudo. Para ver a escala detalhada, conferir ANEXO 2 e ANEXO 8.

3.3.2. Escalas de Essencialismo Psicológico (Essencialização Biogenética, Distintividade e Informatividade)

Três escalas são utilizadas para investigar crenças características de essencialismo psicológico no presente estudo (ANEXO 3). São as três escalas de: *bases biológicas*, *distintividade* e *informatividade* (Bastian & Haslam, 2006). A escala de bases biológicas investiga crenças do participante sobre a causalidade de comportamentos públicos e privados (pensamentos e sentimentos) vinculada a elementos biogenéticos (e.g. “*o tipo de pessoa que cada um se torna é determinado pela sua disposição biológica*”). Essa escala possui oito itens e demonstrou ter coerência interna em estudos de validação, com um alfa de Cronbach de 0,80 (Bastian & Haslam, 2006). A escala de essencialismo psicológico obteve ainda, como um todo, correlação com escalas parametrizadas de endosso de estereótipos negativos ($r = 0,36, p < 0,01$) e de estereótipos positivos ($r = 0,22, p < 0,05$) (Bastian & Haslam, 2006).

A escala de bases biológicas é de especial importância para o presente trabalho, uma vez que verifica o grau de concordância dos participantes com crenças essencialistas biogenéticas. Nesse sentido, a escala permite a verificação de crenças que supõem que comportamentos, pensamentos e sentimentos são causados por essências biológicas, doenças, disfunções neurais, hormonais, genéticas, etc. O presente trabalho assume que esse tipo de crença é constituinte de uma cultura que promove menor atribuição de autonomia a pessoas rotuladas com diagnósticos psiquiátricos.

A segunda escala de essencialismo psicológico é a *escala de distintividade*. Nessa escala são investigadas crenças dos participantes sobre a possibilidade de distinguir pessoas a partir de categorias rígidas às quais pertenceriam (e.g. “*o tipo de uma pessoa é claramente definido. As pessoas ou são de um determinado tipo ou não são*”). Essa escala possui sete itens e demonstrou ter coerência interna em estudos de validação, com um alfa de Cronbach de 0,69 (cf. Bastian & Haslam, 2006). A terceira escala, *de informatividade*, busca avaliar o grau de

concordância do participante com crenças de que é possível o entendimento sobre uma pessoa mesmo com acesso a poucas informações sobre essa pessoa (e.g. “é possível saber sobre muitos aspectos de uma pessoa uma vez que você se familiariza com algumas de suas características básicas”). Nessa escala constam sete itens, obtendo um alfa de Cronbach de 0,62.

Embora as escalas de *distintividade* e *informatividade* não sejam de importância essencial para as hipóteses principais discutidas na fundamentação teórica do presente estudo, sua participação no estudo compõe uma medida que permite a comparação com outros estudos no campo de essencialização biogenética. Ademais, essas duas escalas correspondem a duas propriedades componentes do processo de categorização social, responsável pela estruturação de estereótipos rígidos sobre categorias de pessoas, e estão vinculados a discriminação em direção a categorias sociais, incluindo a de pessoas com transtornos mentais (Bastian & Haslam, 2006; Haslam & Kvaale, 2015; Haslam & Whelan, 2008).

Após a avaliação de confiabilidade das três escalas de essencialismo psicológico por quatro juízes e sua submissão em pré-teste com seis participantes, a redação de seus itens foi adaptada de modo a permitir maior compreensão e inteligibilidade do conteúdo das afirmações. Cuidados foram tomados para que sua reformulação não implicasse alteração de ordem lógica ou semântica, considerando a escala original desenvolvida por Bastian e Haslam (2006).

A partir de primeiras análises de confiabilidade com os participantes do presente estudo, a escala de essencialismo psicológico obteve, como um todo, um índice bom de coerência interna ($n = 125$), com o alfa de Cronbach de valor 0,72. Os fatores de bases biológicas e de distintividade contidos na Escala de Essencialismo Psicológico obtiveram, respectivamente, índices de alfa de Cronbach de 0,79 e 0,63, demonstrando boa consistência interna. Já a escala de informatividade obteve um índice baixo no alfa de Cronbach, com valor de 0,48. Conforme a coerência interna do instrumento foi verificada considerando as três sub-escalas, nenhum

item foi excluído. Para maior detalhamento das escalas de essencialismo psicológico, ver ANEXO 3 e ANEXO 8.

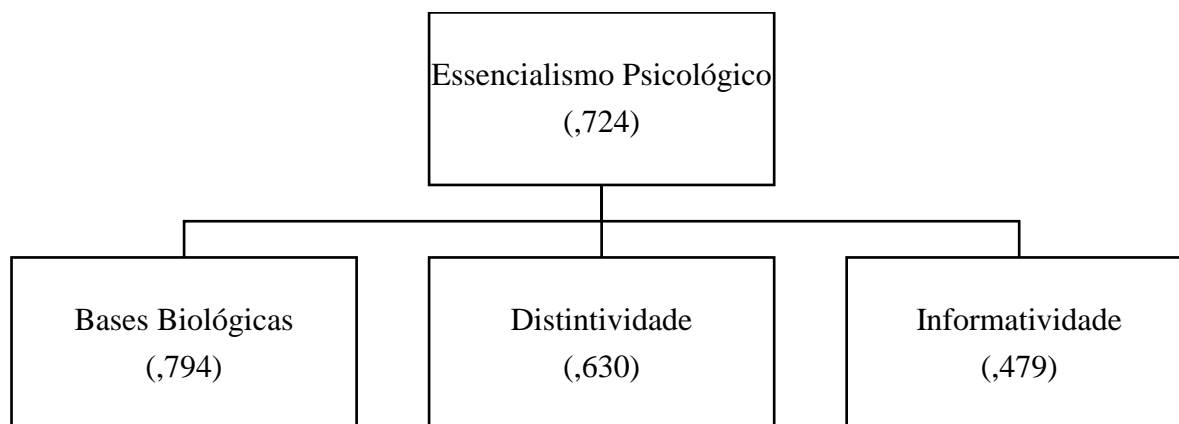


Figura 2. Escala de Essencialismo Psicológico: Escalas de Bases Biológicas, Distintividade e Informatividade – análise de confiabilidade.

3.3.3. Questionário de Aceitação e Ação – II (AAQ-II)

As propriedades psicométricas do Questionário de Aceitação e Ação – II (AAQ-II – ANEXO 4) têm sido verificadas em contexto brasileiro por Barbosa (2014) e internacionalmente (Bond et al, 2011; Ruiz et al., 2013). A utilização deste questionário tem como objetivo verificar a influência de sentimentos e pensamentos dos participantes em seus comportamentos e sua vida cotidiana (e.g. “*minhas experiências e lembranças dolorosas dificultam que eu viva a vida que eu gostaria*”), bem como controlar tais variáveis individuais e seu grau de influência nos resultados da pesquisa. Mais do que isso, o AAQ-II verifica a medida de esquiva experiencial do participante que o responde. Tal medida está relacionada em um alto nível com a autopercepção de autonomia do indivíduo participante da pesquisa, bem como pode ter influência em atribuição de autonomia a pessoas diagnosticadas (conforme exposto na seção 2.4).

Esquiva experiencial é um constructo que faz parte de um modelo de psicopatologia proposto pela Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes et al., 1999), constructo este que está fortemente vinculado a um grande número de transtornos psiquiátricos (Hayes et al., 1999; Bond et al., 2011; Ruiz et al., 2013). Em estudos de validação considerando amostras de

população clínica e população não-clínica, foram verificadas correlações significativas entre a medida do AAQ-II sobre inflexibilidade psicológica e esquiva experiencial com medidas de sinais e sintomas em psicopatologia, tal como outras medidas comumente ligadas a saúde mental. Por exemplo, em sua validação em versão espanhola, o AAQ-II obteve correlação de 0,55 com a Escala de Avaliação de Sintomas (SCL-90-R) (Ruiz et al., 2013). O AAQ-II ainda obteve correlações significativas ($p < 0,05$) com crenças sobre incontrollabilidade de pensamentos ($r = 0,46$), com coping adequado em relação a problemas ($r = -0,46$), coping inadequado com relação às próprias emoções ($r = 0,26$), índice de saúde mental ($r = -0,58$), índice de saúde física ($r = -0,44$), etc. (Ruiz et al., 2013).

Em seus processos de validação, o AAQ-II obteve bons índices de consistência interna na Espanha (alfa de Cronbach = 0,88, cf. Ruiz et al., 2013), Estados Unidos e Reino Unido (alfa de Cronbach = 0,84, cf. Bond et al., 2011), bem como no Brasil (alfa de Cronbach = 0,86, cf. Barbosa, 2014). No presente estudo, a partir de uma análise de confiabilidade ($n = 125$), o AAQ-II obteve um índice de confiabilidade de 0,93, sendo constituído como uma escala de boa validade interna para os propósitos do estudo. Para visualização detalhada do instrumento como utilizado no estudo, conferir ANEXO 4 e ANEXO 8.

3.3.4. Escala de Autopercepção de Autonomia

Uma pequena Escala de Autopercepção de Autonomia (ANEXO 5) foi formulada para avaliar a medida de variáveis individuais no que diz respeito à autopercepção que os participantes relatam a respeito de sua própria autonomia. Tal medida tem função para o controle estatístico, análises de covariância, bem como a possibilidade de análise de resultados que sirvam para hipóteses outras não assumidas a priori pelo presente trabalho (e.g. identificar se a autopercepção de autonomia influencia a atribuição de autonomia a terceiros).

Após a avaliação de juízes e participantes, a escala foi alterada de maneira a ficar mais compatível com os blocos da escala de atribuição de capacidade (entendimento, deliberação,

avaliação, independência social, e independência subjetiva), além de ficar mais inteligível por parte dos participantes do estudo. Para a construção dessa escala, foram utilizados cinco itens da escala de atribuição de capacidade, cada item correspondente a um dos blocos dessa escala. Os itens foram escolhidos com base em sua facilidade para a compreensão e sua adequação aos blocos da escala de atribuição de autonomia, sendo escolhidos os que melhor traduziam as medidas para os cinco blocos.

A análise de confiabilidade ($n = 125$) demonstrou um índice promissor de consistência interna para a escala, mesmo com seu tamanho reduzido, com um alfa de Cronbach de 0,76. Optou-se pela não exclusão de nenhum dos cinco itens, uma vez que tal atitude influenciaria negativamente a consistência interna do instrumento.

Ademais, foram formulados e utilizados Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além de um questionário sociodemográfico com questões relevantes para a divisão dos respondentes nas condições de participantes (diagnosticado e não diagnosticado), bem como para as análises de influência do sexo, idade, formação, etc. nos efeitos da atribuição de autonomia.

3.4. Procedimentos

No que diz respeito ao estabelecimento da amostra, a busca por participantes foi realizada através de divulgação do estudo através de redes sociais (Facebook e WhatsApp). Uma vez que, em meio à prospecção, foi constatada a maior complexidade na obtenção de participantes diagnosticados com transtornos psiquiátricos, o pesquisador entrou em contato com administradores e moderadores de grupos e páginas do Facebook que versam sobre diagnósticos psiquiátricos, convidando-os a participar da divulgação do estudo (modelo de mensagem do contato no ANEXO 7). A prospecção de participantes para a pesquisa nos grupos foi realizada somente na medida em que os moderadores e administradores permitiram a divulgação do estudo nos grupos. Prioritariamente, a solicitação pela divulgação foi realizada

de maneira a convidar os próprios moderadores a divulgarem o estudo, tendo como perspectiva a maior participação dos membros dos grupos. Ao passo que alguns moderadores solicitaram a participação do pesquisador para a divulgação, a divulgação nos grupos foi realizada pelo próprio pesquisador, constando na legenda da divulgação a observação de que a publicação foi permitida pelos moderadores dos grupos (modelo disposto no ANEXO 8).

Ao ter acesso à divulgação, os participantes puderam entrar no link disponibilizado da pesquisa, através da plataforma online Unipark. Nessa plataforma a formatação da página permite a participação do participante através de navegadores, bem como de dispositivos móveis. A plataforma foi configurada para organizar aleatoriamente ao acaso os participantes separando-os em duas condições manipuladas do estudo: o primeiro grupo teve acesso a três vinhetas que continham descrições sobre personagens fictícios e seus eventos comportamentais (públicos e privados), assim como as descrições das questões vividas por esses personagens; o segundo grupo teve acesso às mesmas três vinhetas, porém, além das descrições sobre eles, os personagens também são rotulados com diagnósticos psiquiátricos (Depressão – “Carla”, Transtorno Obsessivo-Compulsivo – “Renato”, e Esquizofrenia – “Lucas”).

Os participantes de ambas as condições responderam à escala de atribuição de autonomia referente a cada uma das três vinhetas às quais tiveram acesso, relatando sua concordância com afirmações sobre atribuição de capacidade e responsabilização aos indivíduos descritos nas vinhetas. A plataforma Unipark também foi configurada para aleatorizar a ordem de apresentação das vinhetas por participante do estudo e, de mesmo modo, todas as escalas utilizadas no estudo tiveram a ordem de seus itens aleatorizada. Após responder à escala de atribuição de autonomia, o participante respondeu a seis perguntas de fixação sobre informações das três vinhetas, utilizadas para o controle estatístico posterior com a supressão de sujeitos que responderam aos casos com menor atenção (conferir ANEXO 8 para

visualização). Como limiar para a exclusão, os participantes que obtiveram um índice menor que 60% de acertos nas questões de fixação foram excluídos das análises de resultados.

Conforme a divulgação foi realizada, alguns parâmetros na prospecção de participantes foram ajustados de modo a assegurar o equilíbrio da amostra entre participantes diagnosticados e não diagnosticados. À medida que a divulgação era realizada de maneira ampla (i.e. em grupos fechados no Facebook, através de páginas interessadas na divulgação, em listas de e-mails, via WhatsApp, etc.), mais participantes não diagnosticados do que diagnosticados respondiam à pesquisa. Considerando a desproporcionalidade, o pesquisador optou por apenas realizar a divulgação de maneira ampla pontualmente em dois momentos (no início da divulgação da pesquisa e próximo à sua finalização), mantendo constante apenas as divulgações em grupos fechados compostos por pessoas diagnosticadas.

A ordem de aplicação dos instrumentos foi, respectivamente: TCLE, vinhetas (aleatoriamente ordenadas – “RDM”) e Escala de Atribuição de Autonomia (EAA), Escalas de Essencialização (EEss) (também aleatoriamente ordenadas), Questionário de Aceitação e Ação - II (AAQ-II), Escala de Autopercepção de Autonomia (EAAuto) e, ao final do estudo, o questionário sociodemográfico (QSD).

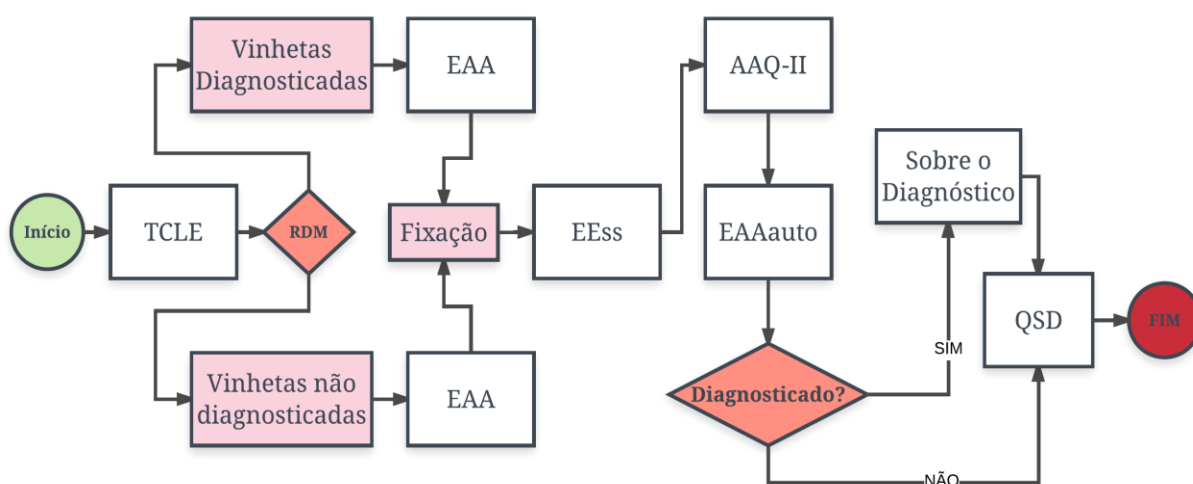


Figura 3. Fluxograma de decisão dos participantes no estudo. Para visualização das etapas do processo na íntegra, conferir ANEXO 8.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Testes de hipóteses

4.1.1. Hipótese I: Ao passo que pessoas diagnosticadas convivem com a perspectiva de que diagnósticos psiquiátricos devem ser tratados como doenças, os participantes diagnosticados atribuirão menor autonomia a alvos diagnosticados quando comparados com os participantes não diagnosticados.

A primeira hipótese do presente estudo foi parcialmente corroborada. Considerando todos os participantes da amostra ($n = 125$), a análise de variância para medidas repetidas não indicou diferenças significativas na atribuição de autonomia para vinhetas explicitamente diagnosticadas ou não diagnosticadas ($p > 0,05$). Paralelamente, ao considerar apenas a atribuição de autonomia às vinhetas diagnosticadas ($n = 62$), a análise de variância (ANOVA) com medidas repetidas permitiu identificar que não há diferenças significativas entre os participantes diagnosticados e não diagnosticados ($p > 0,05$). Todavia, uma vez identificada a diferença significativa em atribuição de autonomia entre os três diagnósticos – depressão, transtorno obsessivo e esquizofrenia ($F_{(2,118)} = 22,747, p < 0,001$), foi analisado cada um dos três diagnósticos para a atribuição de autonomia através do teste t de Student. Considerando apenas as vinhetas diagnosticadas, quando analisadas a autonomia de Carla (depressão) e Lucas (esquizofrenia) através do teste t não houveram diferenças significativas comparando os participantes diagnosticados e não diagnosticados que os avaliaram ($p > 0,05$), corroborando a rejeição da hipótese 01 para os diagnósticos de depressão e esquizofrenia.

Os resultados do teste t considerando a atribuição de autonomia à Renato (transtorno obsessivo compulsivo - TOC), quando a vinheta é diagnosticada, todavia, indicaram haver diferenças significativas na atribuição de autonomia para o diagnóstico de TOC entre participantes não diagnosticados e diagnosticados ($t_{(2,59)} = 2,210, p = 0,031$). No cenário da atribuição de autonomia para o diagnóstico do transtorno obsessivo compulsivo, a primeira

hipótese do estudo foi confirmada, uma vez que os participantes diagnosticados atribuíram menor autonomia a Renato ($M = 2,95$, $DP = 0,54$) do que os participantes não diagnosticados ($M = 3,32$, $DP = 0,67$). Os resultados para o teste da primeira hipótese do presente trabalho sugerem que pessoas diagnosticadas e não diagnosticadas tratam de modo diferente o sujeito que é diagnosticado a depender do diagnóstico apresentado. Para o caso do rótulo de TOC, os participantes diagnosticados atribuem menor autonomia do que os participantes não diagnosticados quando o diagnóstico do alvo avaliado é explicitado. Os resultados relatados sobre as diferenças em atribuição de autonomia para os três diagnósticos, tal como as diferenças nas médias para os grupos de participantes diagnosticados e não diagnosticados podem ser visualizados no gráfico apresentado na Figura 4.

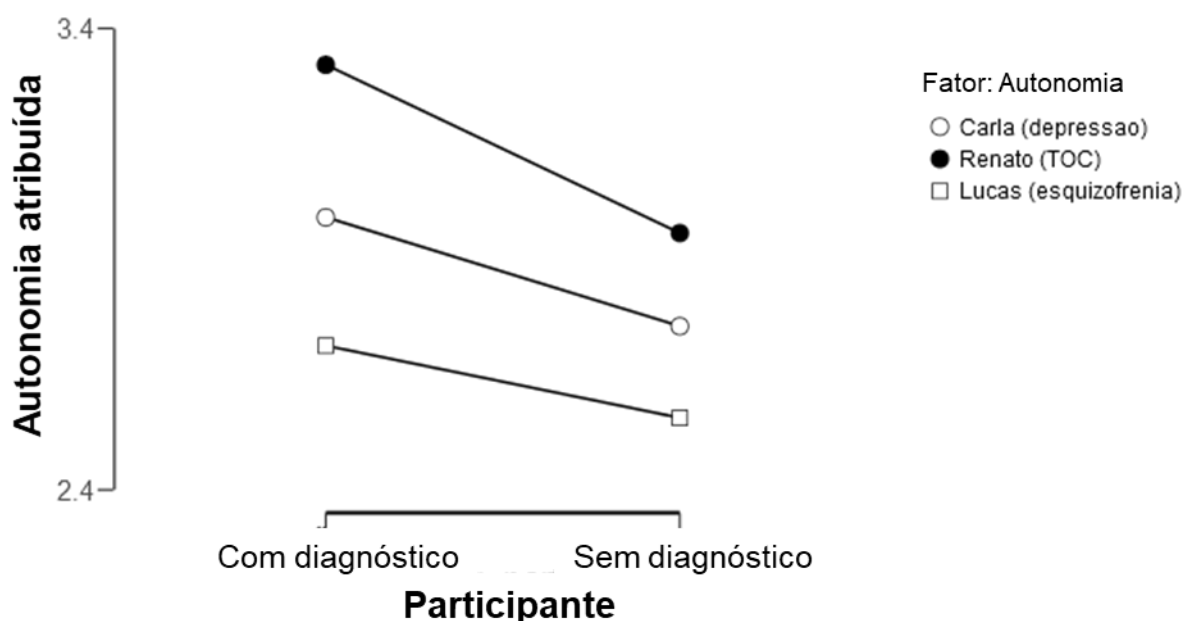


Figura 4. Gráfico ANOVA para medidas repetidas considerando a avaliação das vinhetas que apresentaram o rótulo diagnóstico de maneira explícita.

Como pode ser visto na Tabela 5, a análise bayesiana através do teste t também corroborou a hipótese 1 para o caso da avaliação de autonomia para o diagnóstico de TOC. Nesse sentido, o teste indicou que a hipótese 1 seria 3,864 vezes mais forte do que a hipótese nula para a atribuição de autonomia ao personagem Renato quando o rótulo diagnóstico de TOC é explicitado em sua caracterização.

Tabela 5

Análise de diferenças na atribuição de autonomia às vinhetas explicitamente diagnosticadas entre os participantes diagnosticados e não diagnosticados (n = 62)

	Participantes		Participantes		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>BF</i> ₁₀
	Diagnosticados		Não-diagnosticados				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Carla (depressão)	2,75	0,56	2,99	0,62	1,366	0,177	1,03
Renato (TOC)	2,95	0,54	3,32	0,67	2,210	0,031	3,86
Lucas (esquizofrenia)	2,55	0,60	2,71	0,69	0,680	0,498	0,47

Ainda que parcialmente confirmada a primeira hipótese do estudo para o caso da avaliação do alvo com diagnóstico de TOC, os pressupostos utilizados para a formulação da hipótese em questão parecem não ser fortes. Análises da amostra geral apontaram que o participante ser ou não diagnosticado obteve efeito principal significativo ($F_{(1,120)} = 15,223$, $p < 0,001$). Nesse sentido, a amostra geral indica que os participantes diagnosticados atribuem menor autonomia ao alvo ($M = 2,67$, $DP = 0,54$) quando comparados aos participantes não diagnosticados ($M = 3,03$, $DP = 0,53$) independente do alvo ser ou não explicitamente rotulado com o diagnóstico psiquiátrico. Tais resultados demonstram uma clara tendência da pessoa que possui um diagnóstico psiquiátrico em atribuir menor autonomia do que uma pessoa que não é diagnosticada quando avaliando uma outra pessoa. Seguindo tal tendência, a menor autonomia atribuída ao alvo pelo participante diagnosticado pode ser menos influenciada pelo fato do sujeito avaliado possuir ou não o diagnóstico de TOC, sendo uma tendência geral constatada no participante em questão.

Considerando tal caráter da amostra de participantes diagnosticados em comparação aos não diagnosticados, análises complementares foram realizadas considerando os indivíduos

que avaliaram apenas as vinhetas não rotuladas com diagnósticos psiquiátricos ($n = 63$). Para essa parcela da amostra, análises através do teste *t de Student* indicaram haver diferenças significativas na atribuição de autonomia entre avaliadores diagnosticados e não diagnosticados para as três vinhetas avaliadas, conforme pode ser visualizado na Tabela 6.

Tabela 6

Análise de diferenças na atribuição de autonomia às vinhetas não-explicitamente diagnosticadas e entre os participantes diagnosticados e não diagnosticados ($n = 63$)

	Participantes		Participantes		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>BF</i> ₁₀
	Diagnosticados		Não-diagnosticados				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Carla (depressão)	2,69	0,63	3,21	0,51	3,590	0,001	87,48
Renato (TOC)	2,81	0,72	3,29	0,63	2,829	0,006	13,46
Lucas (esquizofrenia)	2,17	0,65	2,62	0,56	2,928	0,005	16,82

Ainda que as análises através da ANOVA com medidas repetidas não tenham indicado influência da interação entre o fato do participante ser ou não diagnosticado e a vinheta apresentar ou não o rótulo diagnóstico para a atribuição de autonomia ($p > 0,05$), é possível notar que a atribuição de autonomia ao alvo pelos participantes diagnosticados é um pouco maior quando avaliando alvos diagnosticados do que na avaliação de alvos não diagnosticados. Apesar dessa diferença não ser significativa, mesmo para o diagnóstico de TOC a média de autonomia atribuída é maior quando o diagnóstico é explícito na vinheta ($M = 2,95$, $DP = 0,54$) do que quando o diagnóstico não é explícito ($M = 2,81$, $DP = 0,72$) para os avaliadores diagnosticados. Tal resultado indica a tendência de que uma vez que o avaliador diagnosticado identifica que o alvo da sua avaliação é também diagnosticado, sua percepção de autonomia acerca do alvo é maior do que quando avalia um alvo não diagnosticado. Dito de outro modo,

o rótulo diagnóstico aplicado ao alvo da avaliação impactaria positivamente a percepção de autonomia pelo avaliador que também é pertencente à categoria social de pessoas diagnosticadas com transtornos psiquiátricos.

Caso confirmada a tendência citada no parágrafo anterior, uma possível hipótese para tais resultados seria o favorecimento do participante do estudo à sua própria categoria social. Tal fenômeno é identificado em estudos envolvendo grupos sociais (Brewer, 2007; Mullen, Brown, & Smith, 1992), nos quais é analisada a tendência dos participantes de um grupo social favorecerem e elevarem os atributos dos membros de seu próprio grupo social (i.e. endogrupo), enquanto percebem com menor estima os membros de outros grupos (i.e. exogrupos).

Complementando a análise com a observação de que os participantes diagnosticados do presente estudo foram contatados através de grupos fechados em meio a uma rede social, a teoria do favoritismo endogrupal (Mullen, Brown, & Smith, 1992) pode ser uma alternativa para a explicação da tendência constatada na maior atribuição de autonomia pelos participantes diagnosticados aos alvos que apresentaram o rótulo diagnóstico do que aos alvos não rotulados. Os grupos fechados contatados para a divulgação do estudo frequentemente contavam com redes de apoio entre seus integrantes, validação de experiências comuns entre os participantes, discussão de questões que envolviam suas experiências pessoais, etc. A formação de comunidade certamente é um caráter protetivo para os integrantes desses grupos, e fazem parte do caráter da amostra do presente estudo. A concepção de favorecimento endogrupal se afasta do pressuposto levantado de que o participante diagnosticado endossaria a menor atribuição de autonomia a outro sujeito diagnosticado, uma vez que tal participante compartilharia de uma visão pessimista de que menor responsabilidade e capacidade é caráter do sujeito que é rotulado pelo diagnóstico psiquiátrico. Tais resultados corroborariam a noção da importância da formação de redes de apoio para pessoas que possuem algum tipo de diagnóstico psiquiátrico já fomentada na literatura (Leavy, 1983; Mueller, 1980; Thompson, Flood, & Goodvin, 2015;

Westermeyer & Neider, 1988), o que não implicaria, todavia, em um salto lógico equivocado em defesa da prescrição de campanhas com abordagens essencialistas biogenéticas que já têm seus resultados avaliados empiricamente enquanto prejudiciais (Haslam, 2000; Haslam & Kvaale, 2015; Lebowitz, Ahn & Nolen-Hoeksema, 2013; Read et al., 2006).

4.1.2. Hipótese II: Conforme a perspectiva de que o rótulo diagnóstico implica a concepção de doença, que por sua vez está enredada no questionamento às capacidades do sujeito diagnosticado, assume-se que será atribuída menor autonomia aos alvos rotulados com diagnósticos psicopatológicos do que aos alvos não rotulados.

A hipótese 2 foi formalmente rejeitada. O teste ANOVA para medidas repetidas indicou como resultado que não há diferença significativa na atribuição de autonomia entre as vinhetas explicitamente rotuladas com diagnósticos psiquiátricos e as não rotuladas ($p > 0,05$), quando considerada a amostra total ($n = 125$). Sendo assim, o fato do alvo avaliado apresentar explicitamente ou não o rótulo diagnóstico não influencia a autonomia a ele atribuída.

A não influência do rótulo diagnóstico explícito nas vinhetas, todavia, não implicaria em um caráter inócuo de uma cultura do diagnóstico em meio à sociedade (Matos & Ferreira, 2016). Mais do que apenas os rótulos apresentados como representantes de sinais e sintomas, os próprios comportamentos públicos e privados vinculados são bem conhecidos na sociedade devido à ampla divulgação publicitária, seja através do cinema ou mídias diversas (Conrad, & Potter, 2000; Leader, 2015). Em certa medida, as funções atribuídas ao rótulo diagnóstico transformam a função dos sinais e sintomas por ele descrito, que são de conhecimento comum uma vez que molduras ou redes relacionais já estão bem estabelecidas. Se sinais e sintomas são bem conhecidos ou sua função é estabelecida pela cultura do diagnóstico, a divulgação explícita do rótulo diagnóstico sobre um alvo que já foi caracterizado conforme os sinais e sintomas vinculados a esse rótulo tende a ter pouca influência na percepção do alvo. O avaliador, assim, interpretaria os comportamentos relatados nas vinhetas com funções

semelhantes às de sinais e sintomas independente dos diagnósticos serem ou não relacionados explicitamente.

A ANOVA *within*, por outro lado, demonstrou em seus resultados a interação da diferença de autonomia entre as três vinhetas (Carla, Renato e Lucas) com a condição da vinheta apresentar ou não o rótulo diagnóstico ($F_{(1,120)} = 8,107, p = 0,005$). Os resultados indicaram que a autonomia atribuída aos alvos quando rotulados e não rotulados muda a depender do diagnóstico que é apresentado, como pode ser visto nos gráficos apresentados na Figura 5.

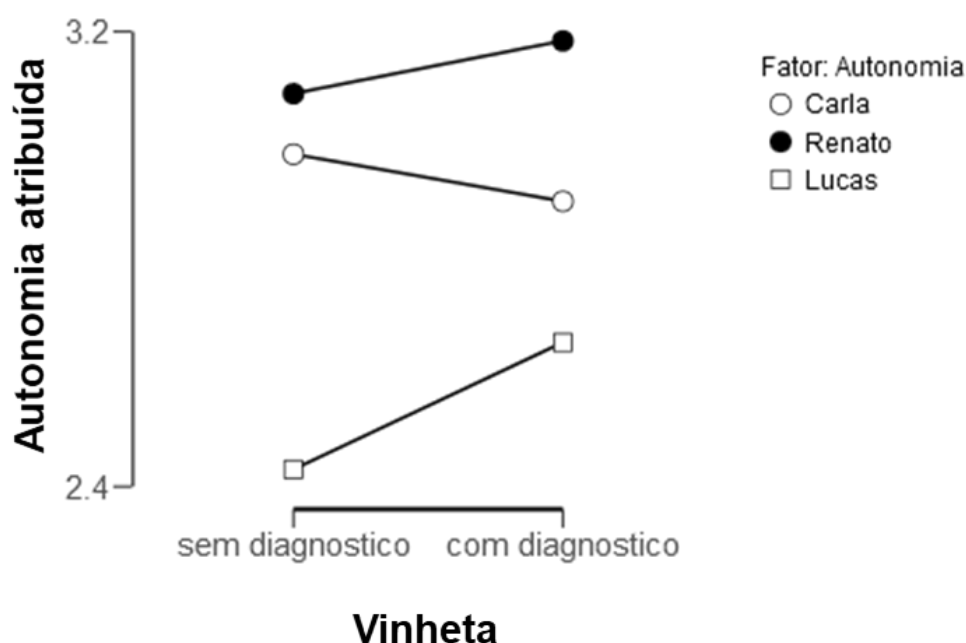


Figura 5. Gráfico ANOVA para medidas repetidas considerando do fator composto pelas três vinhetas (Carla, Renato e Lucas).

Como pode ser visualizado na Figura 5, a atribuição de autonomia às vinhetas tem comportamento diferente para o caso de Carla (depressão) quando comparado com os casos de Renato (TOC) e Lucas (esquizofrenia). Embora as diferenças entre as vinhetas rotuladas e não rotuladas não sejam significativas, é notório que, enquanto a autonomia atribuída a Renato e Lucas é maior quando os diagnósticos de TOC e esquizofrenia são apresentados nas vinhetas em comparação com quando os diagnósticos não são apresentados, o efeito é contrário para o

caso de Carla. Quando o diagnóstico de depressão é explicitado na vinheta de Carla, a autonomia a ela atribuída tende a ser menor do que quando o rótulo diagnóstico não é apresentado. Tal resultado pode indicar efeitos já constatados na literatura do essencialismo biogenético para o diagnóstico de depressão, que está relacionado com um alto pessimismo prognóstico (cf. Lebowitz, Ahn e Nolen-Hoeksema, 2013). Tal possibilidade é abordada com maior detalhamento nas análises das hipóteses 3 e 4 do presente estudo.

Para o caso do diagnóstico de TOC, devido às próprias especificidades da sintomatologia descrita (Torres & Smaira, 2001), o alvo pode ser percebido (ainda que erroneamente) como um sujeito mais capaz para, por exemplo, exercer atividades no contexto de trabalho, envolvendo uma conotação específica do estereótipo para pessoas que possuem este diagnóstico. A maior atribuição de autonomia ao diagnóstico de esquizofrenia quando explícito em comparação com quando não explícito, paralelamente, ergue questionamentos não sanados pela literatura. Os efeitos para ambos os diagnósticos de TOC e esquizofrenia podem ainda ser influenciados pela própria descrição dos sujeitos caracterizados nas vinhetas como homens (i.e. influência de estereótipos de gênero sobre capacidade, cf. Landrine, 1988) e bem-sucedidos em seus campos de atuação laboral.

4.1.3. Hipótese III: A partir da concepção de que a avaliação de um sujeito sobre um rótulo diagnóstico pode ser influenciada pelo que o diagnóstico descreve (sinais e sintomas), bem como do conhecimento comum a seu respeito, assume-se que o tipo de rótulo diagnóstico (depressão, transtorno obsessivo compulsivo ou esquizofrenia) e sua severidade percebida implicarão em diferenças na autonomia atribuída a depender do tipo de rótulo diagnóstico apresentado pelo alvo da avaliação.

A terceira hipótese do estudo foi confirmada pela ANOVA com medidas repetidas ($F_{(2,119)} = 57,102, p < 0,001$). O teste *post-hoc* indicou que as médias de atribuição de autonomia foram significativamente diferentes para os três casos, sendo Renato (TOC) ($M = 3,13, DP =$

0,67) mais autônomo que Carla (depressão) ($M = 2,93$, $DP = 0,61$), e Carla mais autônoma que Lucas (esquizofrenia) ($M = 2,53$, $DP = 0,66$), independente do diagnóstico ser ou não apresentado na vinheta avaliada, conforme exibido no gráfico da Figura 5. As diferenças se mantêm significativas na divisão dos grupos de participantes diagnosticados avaliando as três vinhetas ($F_{(2,48)} = 20,553$, $p < 0,001$), bem como para participantes não diagnosticados ($F_{(2,72)} = 41,412$, $p < 0,001$).

Os resultados descritos demonstram coerência com a literatura acerca das percepções sociais direcionadas aos três diagnósticos em questão. O diagnóstico de TOC já está relacionado com alta auto estima do sujeito com competência direcionada ao trabalho (Doron, Kyrios, & Moulding, 2007). Tal caráter, vinculado às próprias características dos sinais e sintomas do TOC (Torres & Smaira, 2001) relacionados à sua percepção de capacidade, o tornam um alvo favorecido quando submetido à avaliação de sua capacidade autônoma. O diagnóstico de depressão, por outro lado, já é analisado em estudos que apontam que a auto-percepção, assim como a percepção do outro acerca do sujeito diagnosticado envolve menor atribuição de competência quando comparados a grupos controle (Lewinsohn, Mischel, Chaplin, & Barton, 1980). Depressão também já é correlacionada com índices elevados em falta de concentração e menor produtividade, assim como menor desempenho acadêmico (Fröjd, et al., 2008). Tais características são coerentes com a menor expectativa de autonomia em direção a pessoas diagnosticadas com depressão.

O diagnóstico de esquizofrenia, com menor média de autonomia atribuída nos resultados do presente estudo, é o único diagnóstico psicótico apresentado. Mesmo para profissionais de saúde mental o estereótipo acerca da esquizofrenia já envolve uma conotação mais negativa do que o diagnóstico de depressão (Nordt, Rössler, & Lauber, 2006). As pesquisas sobre essencialismo biogenético já indicam o maior desejo por afastamento social, tal como outras crenças negativas em direção a pessoas com esquizofrenia (Kvaale et al., 2013^a;

Kvaale et al., 2013^b). Além de tais perspectivas, o fato de um diagnóstico psicótico (já vinculado a estereótipos clássicos de loucura) ter sua autonomia comparada com a de diagnósticos que descrevem comportamentos públicos e privados mais próximos da realidade social dos participantes (i.e. depressão e TOC) decerto teria alguma influência nas diferenças entre as médias encontradas nos resultados.

Buscando maior detalhamento, foram realizadas análises de variância para medidas repetidas considerando as possíveis variáveis adicionais previstas pelo estudo. A análise de variância realizada indicou haver uma interação entre a diferença de atribuição de autonomia entre as três vinhetas e a medida da variável essencialismo biológico/biogenético ($F_{(2,119)} = 3,126, p = 0,046$). Tal resultado permite a interpretação de que a diferença na atribuição de autonomia entre os três diagnósticos é explicada pela interação entre a essencialização biogenética do avaliador e as diferenças inerentes às características dos diagnósticos de TOC, Depressão e Esquizofrenia. Nesse sentido, não apenas os sinais e sintomas descritos nas vinhetas são responsáveis pela diferença na atribuição de autonomia, como sua interação com o fato do avaliador conceber tais sinais e sintomas como produto de uma essência biogenética.

Análises de correlação bayesianas foram realizadas para avaliar a influência do essencialismo biogenético para a atribuição de autonomia a cada um dos diagnósticos apresentados nas vinhetas. Conforme pode ser visualizado na Figura 6, as análises indicam que, embora o essencialismo biogenético tenha correlação significativa com a atribuição de autonomia para os três diagnósticos, seu efeito é consideravelmente maior para o diagnóstico de TOC (B) do que para os diagnósticos de depressão (A) e esquizofrenia (C).

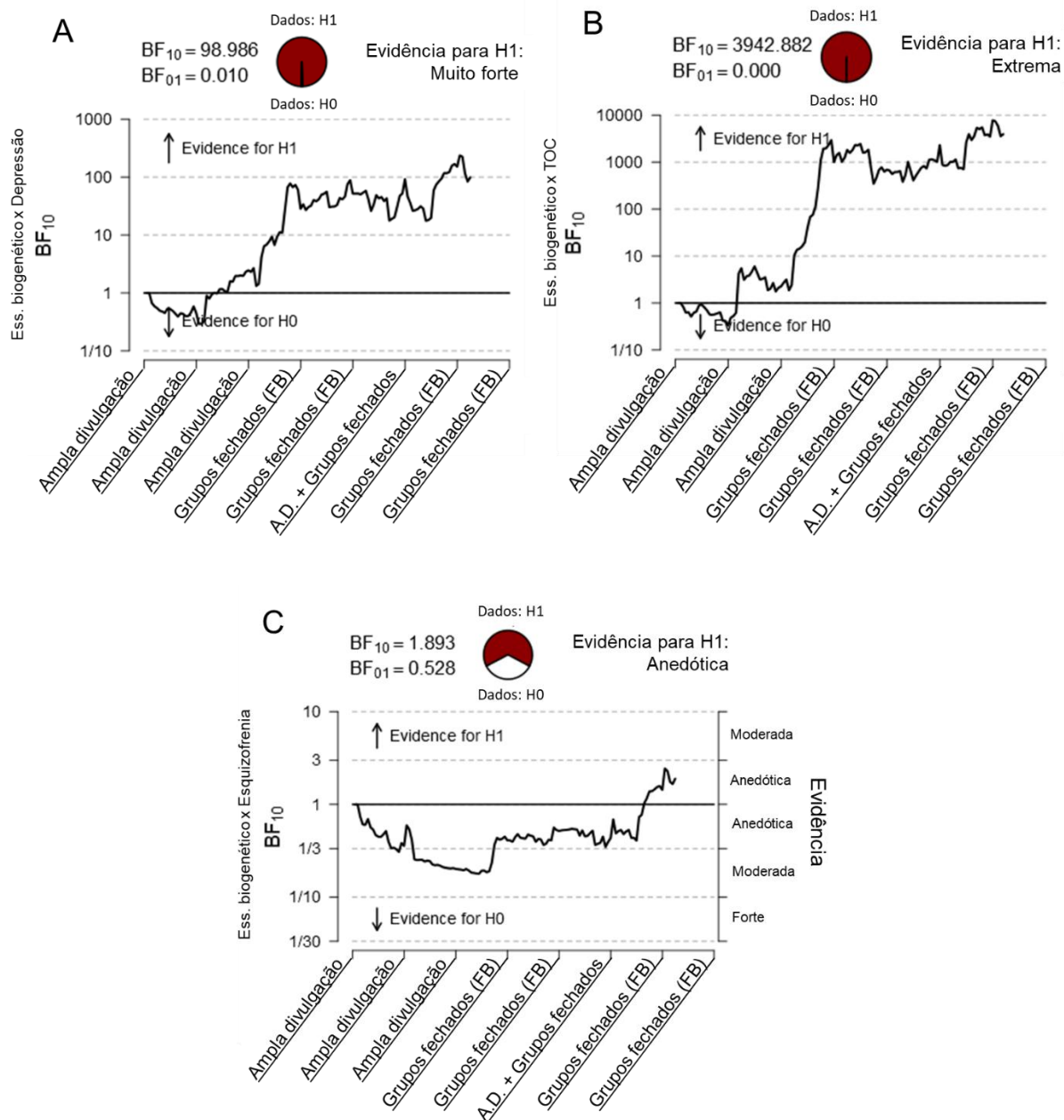


Figura 6. Análise de correlação bayesiana entre essencialismo biogenético e os três diagnósticos apresentados nas vinhetas, sendo A = depressão, B = TOC, e C = esquizofrenia.

Conforme as correlações bayesianas apresentadas na Figura 6, a hipótese que versa sobre a correlação entre o essencialismo biogenética e a atribuição de autonomia ser positiva é 3942,88 vezes mais forte do que a hipótese nula para o caso do diagnóstico de TOC, indicando evidência extrema para o suporte da hipótese. Em seguida, a hipótese sobre a correlação entre essencialismo biogenético e a atribuição de autonomia para o diagnóstico de depressão indicou ser 98,98 vezes mais forte do que a hipótese que versa sobre a inexistência de correlação,

demonstrando evidência muito forte. Em relação à esquizofrenia, por outro lado, a evidência foi anedótica, sendo a hipótese de correlação apenas 1,89 vezes mais forte que a hipótese nula.

Os resultados das análises começam a apontar que o essencialismo biogenético tem papel considerável na atribuição de autonomia ao sujeito avaliado a depender do diagnóstico que é apresentado. Para os diagnósticos de TOC e depressão, que apresentam sinais e sintomas que podem ser classificados socialmente enquanto “menos severos”, o fato do avaliador ser mais essencialista implica mais na autonomia a eles atribuída do que na atribuída quando comparado a um diagnóstico tipicamente vinculado à estereótipos sobre a loucura (i.e. esquizofrenia).

A partir dos gráficos apresentados na Figura 6, foi possível constatar que a evidência da hipótese de correlação fica mais forte para os três casos ao mesmo tempo que a divulgação do estudo começa a ser realizada ostensivamente apenas nos grupos fechados do Facebook compostos por pessoas diagnosticadas. Por outro lado, apenas a ampla divulgação (com livre acesso de qualquer pessoa que desejasse participar do estudo) coincidiu com menor força da hipótese de correlação inicialmente. Dito de outro modo, à medida que participantes diagnosticados começam a responder ao estudo, mais forte fica a correlação entre o essencialismo biogenético e a autonomia atribuída às vinhetas.

A análise de regressão linear no método *stepwise* considerando variáveis principais do estudo (i.e. participante ser ou não diagnosticado e avaliar alvos diagnosticados ou não diagnosticados), assim como todas as covariáveis previstas no estudo (i.e. essencialismo psicológico, inflexibilidade psicológica, essencialismo biogenético e autopercepção de autonomia) indicou que a atribuição de autonomia tem 19,6% de sua variância explicada quando no modelo é levado em consideração se o avaliador apresenta ou não um diagnóstico psiquiátrico e o seu nível de essencialismo biogenético. Tal resultado sugere um possível modelo de mediação, a ser discutido na hipótese IV.

4.1.4. Hipótese IV: À medida que essencialização está relacionada com maior atribuição de controle do comportamento do sujeito à doença e menor ao indivíduo, quanto maior a essencialização biológica, verificada enquanto mediador relacionado à rotulação diagnóstica do alvo e de seu avaliador, menor será o grau de autonomia atribuído aos sujeitos diagnosticados avaliados.

A hipótese 4 do estudo foi formalmente confirmada. A análise de regressão linear realizada com a amostra do estudo indicou a possibilidade de mediação considerando as variáveis do participante ser ou não diagnosticado e a medida de essencialismo biológico. Considerando que tal modelo foi considerado significativo para a predição da autonomia atribuída ao alvo, foram executadas análises de mediação para o modelo proposto, contemplando o participante ser diagnosticado enquanto variável preditora e o essencialismo biológico enquanto variável mediadora.

Conforme o modelo disposto na Figura 7, a análise de mediação realizada através da ferramenta *PROCESS* permitiu identificar que o modelo de mediação composto pela variável independente do participante ser ou não diagnosticado e a mediação do essencialismo biológico influencia significativamente a atribuição de autonomia ($r^2 = 0,21$, $p = 0,014$). Embora não haja o efeito da vinheta ser ou não diagnosticada na atribuição de autonomia, a análise de mediação considerou as variáveis que dizem respeito aos participantes (i.e. ser ou não diagnosticado) e a essencialização biológica (ou biogenética).

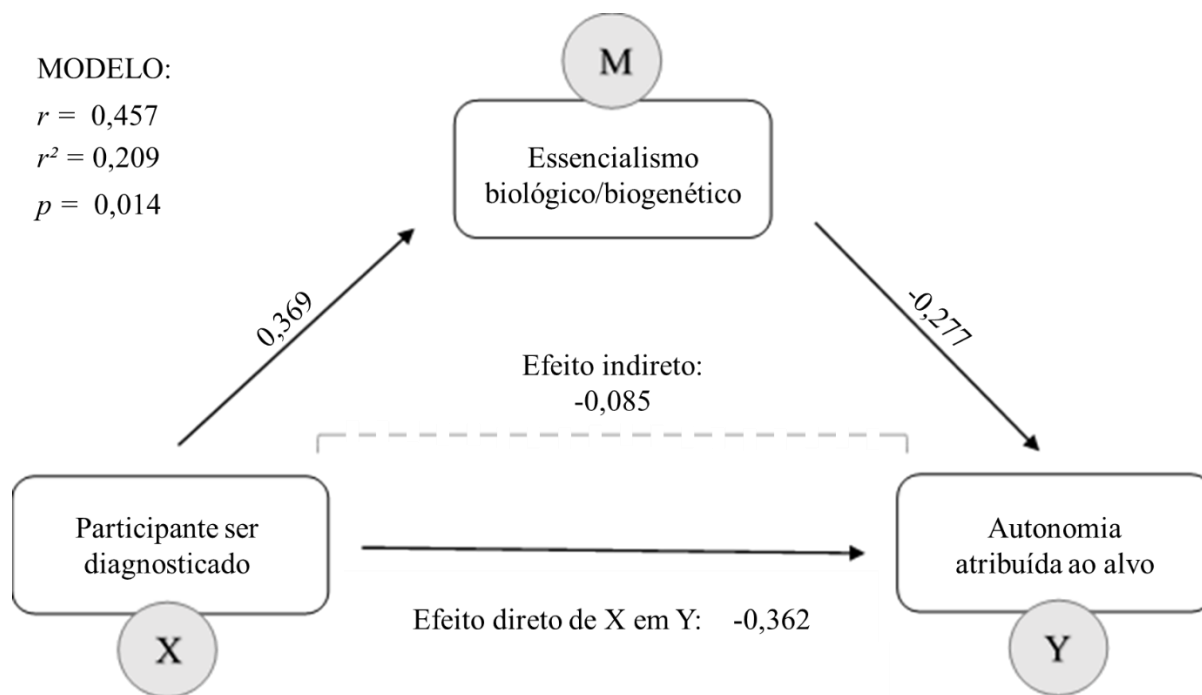


Figura 7. Modelo de mediação considerando participante ser diagnosticado como preditor da autonomia atribuída ao alvo, mediado pelo essencialismo biogenético. Análise do modelo considerando intervalo de confiança de 95% e 20000 *bootstraps*.

Segundo o modelo disposto na Figura 7, o participante ser diagnosticado com transtorno psiquiátrico tem o efeito de diminuição de 0,362 pontos na média de autonomia atribuída aos alvos descritos pelas vinhetas, a despeito dos diagnósticos a eles correspondentes. Quando se consideram os efeitos de mediação do essencialismo biogenético, todavia, o efeito indireto do participante ser diagnosticado cai em 0,085 pontos na média da autonomia atribuída quando considerado o efeito de mediação do essencialismo biogenético.

A força do essencialismo biogenético na autonomia atribuída, paralelamente, pode ser visualizado conforme constatado que cada ponto a mais na escala de essencialismo biológico (*likert* de 1 a 5 pontos), são subtraídos aproximadamente 0,28 pontos na média de autonomia atribuída ao alvo avaliado pelo participante do estudo. Considerando ser uma escala de cinco pontos, é notória a influência do essencialismo biogenético na atribuição de autonomia ao alvo. A análise de mediação indica que participantes diagnosticados essencializam mais os alvos de sua avaliação, e que atribuem menor autonomia a estes alvos.

Mantendo em vista as observações nos resultados das correlações bayesianas entre essencialismo biogenético e a atribuição de autonomia para cada um dos diagnósticos, o modelo de mediação foi executado considerando a autonomia atribuída a cada um dos diagnósticos (depressão, TOC e Esquizofrenia), conforme modelos dispostos nas Figuras 8, 9 e 10.

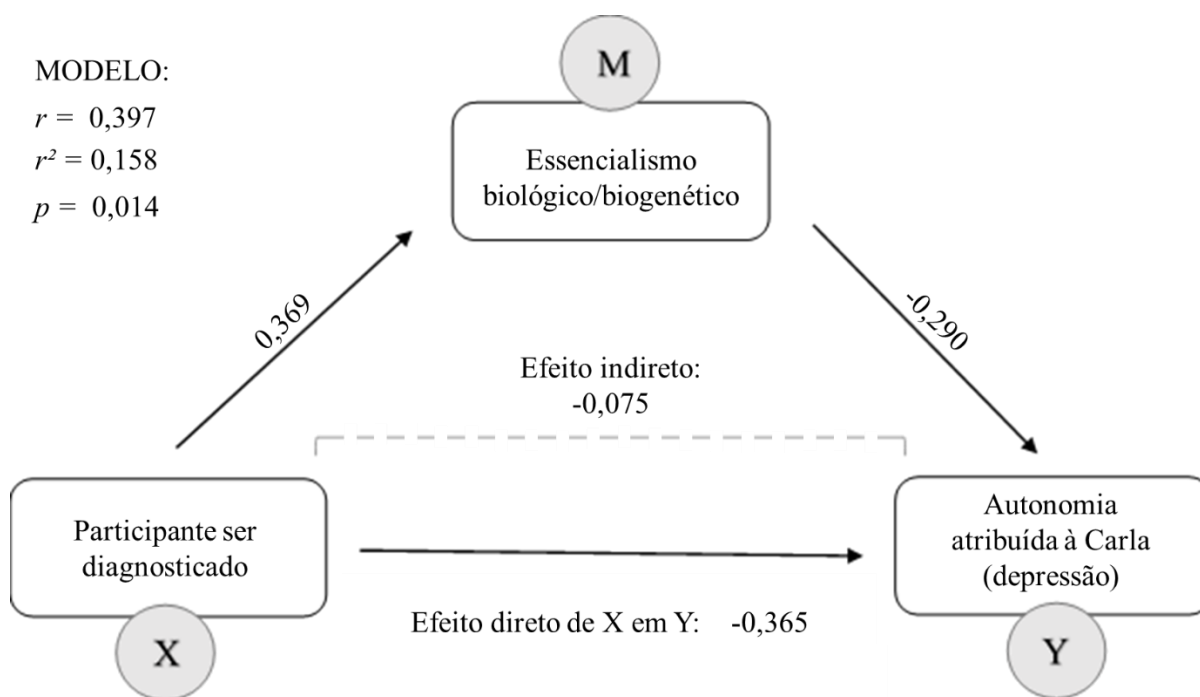


Figura 8. Modelo de mediação considerando participante ser diagnosticado como preditor da autonomia atribuída a Carla (diagnóstico de depressão), mediado pelo essencialismo biogenético. Análise do modelo considerando intervalo de confiança de 95% e 20000 bootstraps.

Como disposto na Figura 8, coerente com a análise de correlação bayesiana descrita nos resultados para os testes da hipótese 3, o essencialismo biogenético tem efeito considerável na autonomia atribuída à Carla (diagnóstico de depressão), sendo que a cada ponto obtido na escala de essencialismo biológico, o avaliador avaliaria em menos 0,29 pontos a autonomia de Carla. Nesse sentido, uma pessoa com caráter muito essencialista (e.g. com uma média de 4 pontos na escala de essencialismo biológico) avaliaria Carla como consideravelmente menos autônoma (em média 0,87 pontos menos autônoma) do que uma pessoa pouco essencialista (e.g. com uma média de um ponto na escala de essencialismo). Enquanto isso, o participante

ser diagnosticado implica em uma queda de 0,365 pontos na média de autonomia atribuída a um alvo diagnosticado com depressão. Tal influência na média de atribuição de autonomia cai em 0,075 pontos quando considerado o efeito indireto da mediação do essencialismo biogenético. Essa queda demonstra o poder mediador do essencialismo na atribuição de autonomia para o diagnóstico de depressão isolado do fato do participante ser ou não diagnosticado.

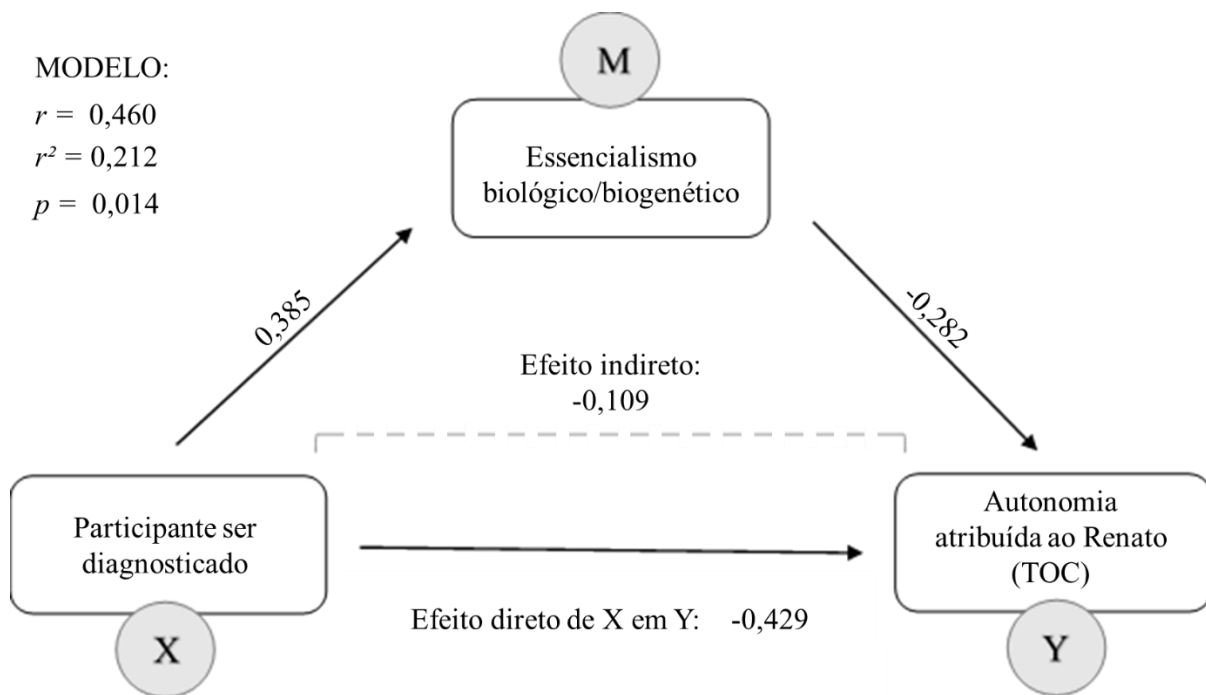


Figura 9. Modelo de mediação considerando participante ser diagnosticado como preditor da autonomia atribuída ao Renato (diagnóstico de TOC), mediado pelo essencialismo biogenético. Análise do modelo considerando intervalo de confiança de 95% e 20000 *bootstraps*.

Mais uma vez coerente com as análises de correlação dispostas na discussão dos resultados para a hipótese 3, a análise de mediação demonstra o poder do essencialismo biogenético na mediação do participante ser diagnosticado na autonomia atribuída ao diagnóstico de TOC. Enquanto o efeito direto do participante ser diagnosticado implica em uma redução de 0,429 pontos na média de autonomia atribuída à Renato, tal média cai em 0,109 quando se considera a mediação do essencialismo biogenético. O diagnóstico de TOC foi o que

obteve maior índice na correlação bayesiana entre essencialismo biológico e a menor atribuição de autonomia (cf. Figura 6), seguido do diagnóstico de depressão, e por final esquizofrenia.

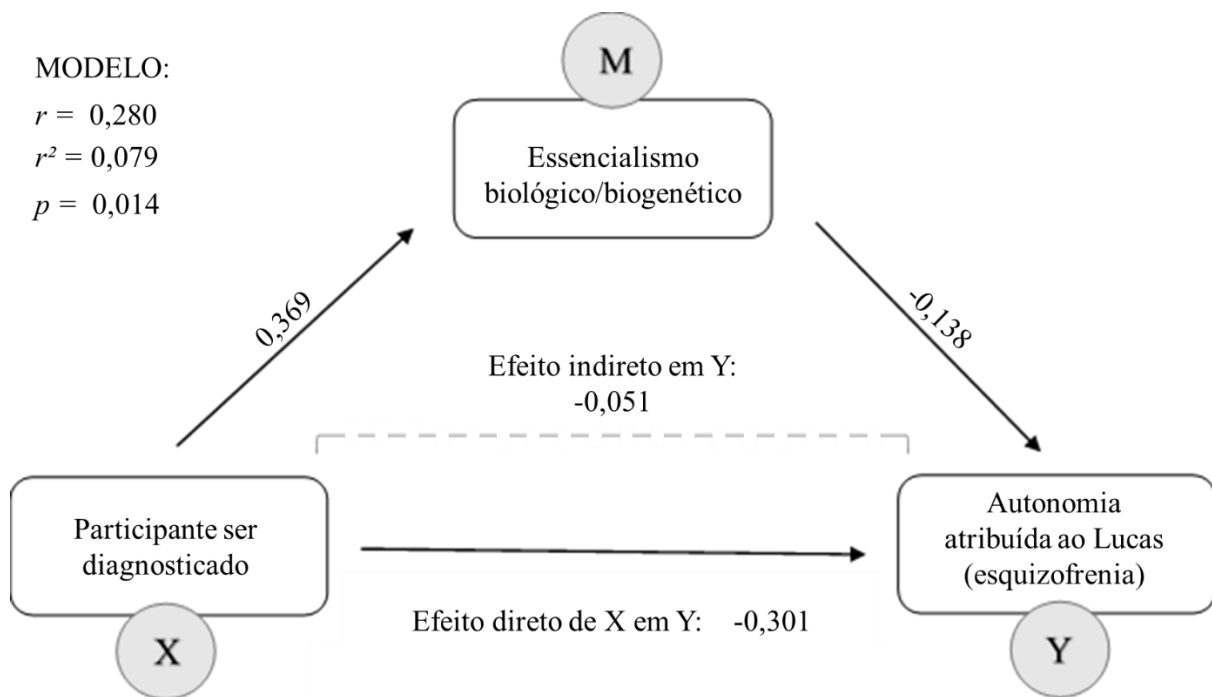


Figura 10. Modelo de mediação considerando participante ser diagnosticado como preditor da autonomia atribuída ao Lucas (diagnóstico de esquizofrenia), mediado pelo essencialismo biogenético. Análise do modelo considerando intervalo de confiança de 95% e 20000 bootstraps.

O diagnóstico de esquizofrenia, que obteve menor índice de correlação bayesiana entre o essencialismo e a atribuição de autonomia, demonstrou que o participante ser diagnosticado tem peso considerável, enquanto o efeito mediador do essencialismo na atribuição de autonomia é baixo. Considerando o efeito simples, cada ponto a mais na escala de essencialismo biogenético obtido pelo participante implicaria em -0,138 pontos na média de autonomia atribuída a Lucas. Por outro lado, o participante ser diagnosticado implica em uma queda de 0,301 pontos na média de autonomia atribuída ao alvo diagnosticado com esquizofrenia quando comparado ao participante não ser diagnosticado. Quando considerado o efeito indireto de mediação do essencialismo biológico, a influência do participante ser diagnosticado na autonomia atribuída a Lucas cai em 0,051 pontos.

Os modelos de mediação considerando os três distintos diagnósticos demonstram o papel da essencialização biogenética na atribuição de autonomia. É possível notar que o efeito do diagnóstico do participante é reduzido em maior grau, respectivamente, para Renato (TOC), depois Carla (depressão) e por último Lucas (esquizofrenia), quando considerando o mediador essencialismo biogenético. Por esse ângulo, fica clara a sensibilidade da atribuição de autonomia para os diagnósticos que apresentam comportamentos próximos da realidade cotidiana à essencialização biogenética por parte do avaliador, e os efeitos indiretos indicados nos três modelos são ilustrativos neste quesito.

Diagnósticos como TOC e depressão têm, em meio a seus sinais e sintomas, comportamentos públicos e privados descritos que correspondem a fenômenos subjetivos usuais no cotidiano para boa parte da população. Cansaço, tristeza, nervosismo ou preocupação excessivos (descritos nas vinhetas de Carla e Renato) parecem contemplar a realidade de boa parte das pessoas no mundo ocidental, em tal ponto que é possível conceber tais fenômenos como estatisticamente “normais” ou, dito de outro modo, muito frequentes. Se o efeito do diagnóstico explícito apresentado pelo alvo não implica na redução de autonomia a ele atribuída, conforme resultados expostos nos testes da segunda hipótese do presente estudo, o essencialismo biogenético por outro lado demonstra alguma influência. Nesse sentido, mais do que dizer respeito ao sujeito avaliado, a medida de autonomia atribuída ao alvo diz respeito às características do avaliador, que pode ser mais ou menos essencialista.

Quanto mais essencialista, mais o avaliador concebe fenômenos subjetivos como produto de uma entidade, órgão ou essência de caráter biológico ou genético (Haslam, 2011; Payton, & Thoits, 2011). Se um sujeito é avaliado a partir de seus comportamentos por um avaliador essencialista e outro não essencialista, o primeiro concebe o alvo de uma maneira mais determinista enquanto o segundo de modo mais complexo. Os resultados do presente

estudo indicam que tal determinismo implica em uma percepção também pessimista sobre a autonomia do sujeito alvo que é avaliado.

O essencialismo biogenético está relacionado à perspectiva de atribuição de incontrolabilidade apresentada por Weiner (1993), e que está aliada a uma redução de culpabilização do alvo (Haslam & Kvaale, 2015). Conforme discutido na fundamentação teórica do presente estudo, menor culpabilização do alvo poderia estar enredada em uma lógica de menor responsabilização e capacidade (i.e. autonomia) atribuível ao alvo menos culpabilizado. Tanto as correlações, quanto as análises de mediação apontaram para efeitos substanciais do essencialismo biogenético correlacionado com a atribuição de autonomia.

Para diagnósticos que descrevem comportamentos mais usuais na sociedade faria sentido o essencialismo ser mais influente do que para diagnósticos que descrevem comportamentos estatisticamente menos comuns (e.g. alucinações audiovisuais). Enquanto para os alvos com diagnósticos de TOC e depressão o essencialismo biogenético influencia mais na autonomia atribuída aos alvos descritos pelos comportamentos correspondentes a tais diagnósticos, para o alvo com diagnóstico de esquizofrenia a própria descrição de comportamentos envolvendo alucinações, angústia e medo podem por si só influenciar a atribuição de autonomia ao alvo. O tipo de comportamento apresentado pelo alvo pode se relacionar com o fato do avaliador ser mais ou menos essencialista. Para o teste de tal hipótese, estudos posteriores podem estabelecer como condição manipulada o tipo de categoria comportamental apresentada pelo alvo avaliado.

4.2. Análises complementares

Analisando todas as variáveis medidas em escalas do estudo, uma ANOVA bayesiana foi realizada com o objetivo de identificar o modelo explicativo mais forte na predição de autonomia atribuída. Os resultados do teste indicaram que o modelo com predição mais forte é o que considera a diferença entre as três vinhetas apresentadas no estudo somada ao

participante ser ou não diagnosticado e seu nível de essencialismo biogenético em direção ao alvo avaliado ($BF_{10} = 3,278e+23$). Embora tal modelo seja contemplado nas hipóteses principais formuladas pelo presente estudo, variáveis adicionais concebidas na formulação do estudo foram consideradas afim de permitir análises mais aprofundadas acerca dos participantes do estudo, tal como sua influência na atribuição de autonomia.

Na Tabela 7 pode ser visualizada uma matriz de correlações entre os instrumentos utilizados no estudo e a média do total de autonomia atribuída às vinhetas alvo da avaliação dos participantes.

Tabela 7

Matriz de correlações de Pearson entre variáveis concebidas no estudo e a média de autonomia atribuída às vinhetas (n = 121)

	Auton. Carla	Auton. Renato	Auton. Lucas	Atrib. de Autonomia
Essencialismo Biogenético	- 0,326**	- 0,400**	- 0,214*	- 0,391**
Essencialismo Psicológico	- 0,229*	- 0,316**	- 0,162	- 0,289**
Inflexibilidade Psicológica	- 0,108	- 0,223*	- 0,085	- 0,168
Autopercepção de Autonomia	0,292**	0,244*	0,115	0,242*

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

** *Correlação significativa no nível de $p < 0,001$ (bicaudal).*

Ao visualizar a Tabela 7, é possível identificar o poder de correlação entre a essencialização biogenética do participante e sua avaliação de autonomia do alvo. Mesmo para o caso de Lucas (diagnóstico de esquizofrenia), em que a correlação é mais fraca, esta continua significativa. É possível notar, todavia, que é uma correlação fraca para a vinheta de Lucas, remetendo mais uma vez ao discutido no teste da hipótese 4, de que a própria descrição comportamental de Lucas é responsável pela autonomia a ele atribuída. Os sintomas enredados

no diagnóstico de esquizofrenia parecem por si só serem partícipes de estereótipos que versam sobre autonomia, a despeito de uma consideração forte à essencialização do meio social.

Logo após a correlação da atribuição de autonomia com o essencialismo biogenético, está a força da correlação com o essencialismo psicológico. Mantendo em vista que a escala de essencialização biogenética faz parte da escala de essencialismo psicológico, a noção de que a última tem correlação considerável com a atribuição de autonomia parece justificável. Essa escala, todavia, considera ainda as medidas de informatividade e distintividade, que dizem respeito ao processo de estereotipização por parte do avaliador participante do estudo (cf. Bastian & Haslam, 2006; Haslam, & Whelan, 2008). A correlação entre essencialismo psicológico e atribuição de autonomia, portanto, não apenas informa que (1) quanto mais biologicamente essencializador menos autonomia atribui a um alvo: informa também que (2) quanto mais o avaliador supõe informações não diretamente acessíveis sobre o alvo (i.e. informatividade) e (3) quanto mais ele supõe distinções entre esse alvo e membros de outras categorias sociais (i.e. distintividade), menos autonomia ele atribui ao alvo avaliado.

A Escala de Aceitação e Ação – AAQ-II, que mede o nível de inflexibilidade psicológica do participante (Bond et al, 2011; Ruiz et al., 2013) demonstrou menores índices de correlação do que os esperados para a atribuição de autonomia ($r = -0,168$). Conforme pode ser visto na Tabela 8, inflexibilidade psicológica é um dos fatores distintivos entre os grupos de participantes diagnosticados e não diagnosticados ($t = -4,039, p < 0,001$), porém seus índices demonstram ser menos relacionados com a atribuição de autonomia do que a essencialização biogenética do participante ($r = -0,391$), ou mesmo de sua autopercepção de autonomia ($r = 0,242$). Para o caso de Renato (diagnóstico de TOC), a correlação entre atribuição de autonomia e inflexibilidade psicológica, apesar de ser fraca ($r = -0,223$) é a única significativa das correlações com autonomia. Em comparação, o essencialismo biogenético demonstra ser um melhor preditor da autonomia atribuída.

A autopercepção de autonomia do participante obteve um escore de correlação de Pearson significativo, embora fraco para a atribuição de autonomia ($r = 0,242$), pode ser considerada uma parcela da explicação para a diferença entre a atribuição de autonomia para participantes diagnosticados e não diagnosticados, discutida nos testes da hipótese 4.

É possível notar na Tabela 8 que, assim como a diferença de atribuição de autonomia entre participantes diagnosticados e não diagnosticados ($t = 3,699$, $p < 0,001$), a diferença de autopercepção de autonomia também é significativa ($t = 4,362$, $p < 0,001$). Nesse sentido, a tendência parece indicar que quanto maior é a autopercepção de autonomia do participante, maior é a autonomia por ele atribuída a terceiros.

Tabela 8
Análise das diferenças nas medidas de variáveis concebidas no estudo e entre os participantes diagnosticados e não diagnosticados (n = 125)

	Participantes		Participantes		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>BF</i> ₁₀
	Diagnosticados		Não-diagnosticados				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Atribuição de Autonomia	2,67	0,54	3,03	0,53	3,699	< 0,001	76,55
Essencialismo Biogenético	3,13	0,81	2,76	0,82	-2,484	0,014	3,04
Essencialismo Psicológico	2,76	0,43	2,53	0,48	-2,722	0,007	5,22
Inflexibilidade Psicológica	4,78	1,53	3,73	1,34	-4,039	< 0,001	229,66
Autopercepção de Autonomia	4,04	1,06	4,83	0,94	4,362	< 0,001	700,22

A partir da visualização da Tabela 8, a diferença de autopercepção de autonomia entre participantes diagnosticados e não diagnosticados chama a atenção por ser indicada como

sendo aproximadamente 700 vezes mais forte do que a hipótese nula sobre a diferença entre os grupos através do teste *t* bayesiano. Tal resultado corrobora a expectativa de que a autopercepção de autonomia estaria vinculada ao fato do participante ser ou não diagnosticado, uma vez que a redução de culpabilização é efeito do diagnóstico psiquiátrico (Haslam & Kvaale, 2015; Weiner, 1993) e implicaria também em uma redução de responsabilização e percepção de capacidade sobre o sujeito que é diagnosticado. O essencialismo biogenético não está apenas correlacionado significativamente com a atribuição de autonomia, como também com a autopercepção de autonomia, segundo o teste de correlação de Pearson ($r = -0,208; p < 0,05$). Embora seja uma correlação fraca, demonstra que além do sujeito essencializador atribuir menor autonomia ao outro, ele também atribui menor autonomia a si mesmo.

É importante comentar que um resultado que também chamou a atenção nos testes de foi a correlação forte entre inflexibilidade psicológica e a autopercepção de autonomia ($r = -0,625, p < 0,001$). É possível notar que as duas medidas apresentaram resultados relevantes quando comparadas as médias dos grupos entre o fato do participante ser ou não diagnosticado (cf. Tabela 8). Correlação significativa entre as duas medidas foi suposta, devido à noção de que a escala AAQ-II descreve itens com interpretação direta ou indiretamente relacionada com os itens da Escala de Autopercepção de Autonomia, assim como a concepção de autonomia defendida na fundamentação teórica do presente trabalho também inclui a importância de flexibilidade psicológica para o indivíduo responsável e capaz.

Em todas as medidas, o fato do participante ser diagnosticado implicou em diferenças significativas dos escores. Em perspectiva: participantes diagnosticados essencializam mais os comportamentos dos alvos de sua avaliação como biogeneticamente causados, estereotipizam mais, são menos psicologicamente flexíveis e se percebem como menos autônomos quando comparados aos participantes não diagnosticados. Tais características estão também correlacionadas a uma perspectiva pessimista na atribuição de autonomia a terceiros.

Diagnósticos psiquiátricos já são estudados enquanto preditores de saúde pública (APA, 2013), e agora parecem ser também correlacionados com estereotipização social. Argumenta-se aqui, todavia, que tais efeitos podem dizer menos respeito a um caráter efetivamente essencial, imutável, inacessível ou meramente individual das pessoas que são diagnosticados e mais sobre a cultura que está por trás da construção social e aplicação de tais concepções (cf, Matos & Ferreira, 2016).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo entender se o fato de um indivíduo ser diagnosticado com um transtorno psiquiátrico influencia a sua atribuição de autonomia ao alvo de sua avaliação, e se tal autonomia atribuída é influenciada pelo fato do alvo ser diagnosticado. Os papéis das medidas de essencialismo biogenético, essencialismo psicológico, inflexibilidade psicológica e autopercepção de autonomia do participante foram considerados no estudo, assim como sua influência na atribuição de autonomia.

O efeito significativo mais importante encontrado no estudo foi o contemplado no modelo de mediação que representa a influência do fato do participante ser diagnosticado na atribuição de autonomia quando mediada pela essencialização biogenética. Tal efeito foi significativo independente do fato do alvo ser explicitamente rotulado pelo diagnóstico psiquiátrico em sua apresentação nos instrumentos utilizados (i.e. vinhetas que descreviam os personagens). Constatada a ausência de diferença significativa na autonomia atribuída aos personagens entre vinhetas explicitamente ou não explicitamente rotuladas, é alçada a questão acerca da possibilidade de funções exercidas pelo diagnóstico estarem coordenadas com os comportamentos públicos e privados descritos pelas categorias diagnósticas em questão. Nesse sentido, não seria necessário que o avaliador tivesse acesso ao rótulo diagnóstico do alvo da avaliação para que tratasse seus comportamentos enquanto sinais e sintomas de um transtorno. Em outras palavras, uma vez imersos em uma cultura do diagnóstico, a interpretação de eventos comportamentais poderia estar aliada a uma concepção acerca do diagnóstico a despeito deste ser ou não explícito. A confirmação ou refutação de tal hipótese estaria condicionada às replicações do estudo, bem como à adoção de pesquisas com metodologias diversificadas.

A mediação do essencialismo biogenético para a influência do participante ser diagnosticado na atribuição de autonomia chamou a atenção para o fato de quanto características pessoais dos participantes influenciam na autonomia por eles atribuída a

terceiros. Tanto o fato do participante ser diagnosticado, quanto o fato do participante essencializar mais a subjetividade do alvo, implicam em uma visão mais pessimista acerca da capacidade ou mesmo responsabilidade atribuível a este. Não apenas o participante diagnosticado essencializa mais do que o não diagnosticado, como também a essencialização exerce papel mais importante na redução da autonomia atribuída quando o participante é diagnosticado.

A influência da essencialização biogenética na atribuição de autonomia é particularmente evidente no presente estudo e ressalta a importância da discussão acerca dos efeitos negativos de intervenções sociais que visem o endosso de estereótipos que contemplem caráter essencialista biológico (e.g. “transtorno mental é uma doença como qualquer outra”). O essencialismo biogenético está relacionado a medidas de preconceito e discriminação, além de envolver uma concepção sobre capacidade acerca do indivíduo avaliado. Mais do que uma perspectiva sobre o comportamento social, o essencialismo implica em uma concepção sobre o próprio comportamento do indivíduo que se comporta, uma vez que correlação significativa foi encontrada entre essencialismo biogenético e a autopercepção de autonomia.

Tais resultados contribuem para a discussão acerca dos efeitos de uma cultura do diagnóstico sobre a responsabilização e auto-responsabilização do sujeito que é diagnosticado. À medida que a essencialização está relacionada à menor culpabilização, também está relacionada com menor atribuição de autonomia e autopercepção de autonomia.

No que se refere ao contexto específico de uma clínica psicoterápica que adote como diretriz a previsão e influência de comportamentos, a pouca responsabilização de um cliente essencialista sobre seu próprio comportamento se apresenta como barreira para a intervenção terapêutica. O mentalismo e seus efeitos restritivos a uma perspectiva de previsão e controle denunciados por Skinner (1953) parece apresentar uma face atualizada pela medicalização da vida cotidiana. O controle do comportamento humano antes atribuído à personalidade,

entidades ou falhas de caráter é, na atualidade, atribuído a essências biológicas, fisiológicas ou genéticas, na medida em que novas doenças descrevem eventos subjetivos. A responsabilidade é retirada do indivíduo, a causa é retirada das contingências sociais.

Considerando a diferença de tratamento direcionado aos três sujeitos descritos no estudo correspondentes aos diagnósticos de depressão, TOC e esquizofrenia no que diz respeito à autonomia a eles atribuída, o papel da essencialização nessas diferenças tem influência considerável. Os diagnósticos que apresentam comportamentos descritos que se aproximam mais da realidade cotidiana de um cidadão do mundo ocidental (i.e., depressão e TOC), são os que mais sofrem os efeitos do essencialismo biogenético na atribuição de autonomia. Sentimentos de desesperança, nervosismo, angústia, impaciência, desmotivação, preocupação, medo, insegurança ou incerteza são bem conhecidos e praticamente inerentes à existência humana atual, porém, quando submetidos à avaliação de pessoas mais biologicamente essencialistas, são tratados como comportamentos relacionados à menor capacidade. Por outro lado, delírios e alucinações são comportamentos que se aproximam de concepções estereotipadas de loucura. Talvez por conta da já promulgada ideia de que o esquizofrênico teria menor controle sobre sua própria ação, a atribuição da etiologia do seu comportamento a uma essência ocorre a despeito do avaliador ser mais ou menos essencializador. A este respeito cabem maiores estudos e reflexões.

O presente trabalho permitiu a aproximação de reflexões acerca do papel do diagnóstico psiquiátrico vinculado ao essencialismo na atribuição de autonomia. Discussões aprofundadas sobre a temática, todavia, requerem mais estudos no contexto brasileiro, assim como sobre os constructos do essencialismo e da atribuição ou autopercepção de autonomia. No que se refere a perspectivas futuras de estudos, é vista como desejável a ampliação do escopo de amostra para participantes diagnosticados em contextos mais diversificados, além de grupos fechados em redes sociais (e.g. ampla divulgação através de instituições, etc.). Além disso, a utilização

de métodos indiretos de investigação de estereótipos sobre atribuição de autonomia a alvos diagnosticados é importante, de modo que comportamentos de autocorreção controlados por desejabilidade social sejam menos influentes nos resultados do estudo.

O termo de consentimento livre e esclarecido no modelo utilizado pelo presente estudo apresentou implicações diretas para a execução e resultados do estudo, uma vez que dos 2194 acessos à página do estudo, 1829 (83,4%) foram interrompidos (i.e., abandonos) na página do TCLE. A simplificação da estrutura do TCLE ou tornar sua leitura optativa são medidas que poderão influenciar em um número maior de participantes respondentes nos instrumentos principais de estudos futuros.

No que diz respeito ao tipo de rótulo diagnóstico, assim como dos sinais e sintomas específicos que o diagnóstico descreve, rótulos diferentes podem envolver particularidades no que diz respeito à atribuição, autopercepção de autonomia e essencialismo. Futuros estudos podem abordar de modo mais amplo os efeitos do essencialismo biogenético na atribuição de autonomia para outros diagnósticos, ou de modo mais aprofundado nos diagnósticos de depressão, TOC ou esquizofrenia. Estudos que avaliem a influência do essencialismo na autopercepção de autonomia para participantes diagnosticados, separados em grupos conforme seu diagnóstico específico, são desejáveis.

A escala desenvolvida para a medida de atribuição de autonomia demonstrou possuir escores promissores para sua validação, assim como seus fatores (atribuição de capacidade e responsabilização). A utilização deste instrumento é importante quando o objetivo do estudo é entender a cultura onde o sujeito que tem sua autonomia avaliada se insere. Sob outra perspectiva, quando os objetivos forem a avaliação dos efeitos da cultura na autonomia do sujeito, instrumentos que meçam a autonomia e autopercepção de autonomia do indivíduo são necessários. Nesse sentido, o desenvolvimento de uma escala mais complexa de autopercepção de autonomia pode contribuir para futuros estudos sobre, por exemplo, a relação entre o

essencialismo biogenético e a autopercepção de capacidade e responsabilidade do indivíduo que é diagnosticado.

Considerando que o sujeito inserido no meio social *comporta-se* mais ou menos autonomamente, seu comportamento autônomo é influenciado pelas contingências sociais. Ainda que a verificação de cognições sociais não represente o escopo atitudinal mais abrangente do comportamento social (i.e., cognição, afeto e ação pública direcionada à pessoa diagnosticada), decerto essas cognições sobre atribuição de autonomia e essencialização biogenética são representativas de uma parcela do comportamento social que é mantida na cultura e que representa uma parcela das contingências responsáveis pelo controle do comportamento da pessoa diagnosticada. Cabe aos futuros estudos a verificação de aspectos que contemplem variações do comportamento do sujeito essencialista direcionadas a pessoas diagnosticadas no que se refere à atribuição de autonomia, transcendendo a avaliação de cognições dos participantes.

A produção de estudos sobre estereótipos e comportamentos direcionados a pessoas diagnosticadas favorece a identificação de práticas discriminatórias responsáveis por segregação social. Mais especificamente, abordar a temática considerando a cultura atual de medicalização e essencialização promove conhecimento sobre os efeitos de novos tipos de discriminação “benevolente”, e suas implicações envolvem relações sociais do contexto mais amplo (e.g. políticas públicas, normativas institucionais) ao mais específico (e.g. práticas terapêuticas, parentalidade, educação). Conhecimento a respeito dessas temáticas, da própria cultura e seus efeitos, permitem maior contracontrole e autonomia de instituições e pessoas que são direta e indiretamente influenciadas por tais efeitos.

A vinculação do essencialismo à periculosidade percebida, distanciamento social, pessimismo prognóstico e menor culpabilização, agora começa a ser analisada com vinculação à responsabilização e atribuição de capacidade. As faces e implicações do essencialismo

abordadas nos estudos aproximam a psicologia social do indivíduo inserido na sociedade e dos contextos sociais deste indivíduo. Como o essencialismo biogenético influencia práticas parentais? Como influencia a educação? Como influencia o contexto organizacional? Se por um lado a menor culpabilização a um sujeito que é diagnosticado é considerada protetora, sua menor responsabilização ergue questões.

Se o objetivo global de uma clínica psicoterápica for considerado autonomia (cf. Ferreira, Melo, Matos, Moura, & Rodrigues, 2017), os efeitos do essencialismo biogenético na atribuição e autopercepção de autonomia tornam-se deveras relevantes para o campo da clínica. O essencialismo presente na cultura se torna, em um certo nível, antagônico à clínica psicoterápica que visa o sujeito autônomo. Mais do que a interpretação que retira o controle do comportamento das contingências sociais e o atribui a essências biogenéticas implicando em menor autoconhecimento e autocontrole do indivíduo, quais seriam as implicações da redução da capacidade e responsabilidade percebidas pelo cliente que chega à psicoterapia? E se esse cliente foi rotulado por um diagnóstico? Quais os efeitos do essencialismo biológico para o desenvolvimento dos transtornos psiquiátricos então categorizados nos manuais? Qual o efeito efetivo de um modelo psicoterápico no essencialismo e na autopercepção de autonomia?

Com a denúncia dos efeitos de uma cultura essencialista na atribuição de autonomia presente nos resultados discutidos pelo presente estudo, o foco na cultura remete a implicações para o indivíduo que “possui uma doença mental”. Sendo autonomia discutida como valor, princípio ou virtude prescrita no âmbito do ensino (Ferreira, 2015), da medicina (Gillon, 2003), ou da psicologia clínica (Ferreira et al., 2017), a percepção ou atribuição de autonomia ressaí conforme consideradas suas implicações para a autonomia propriamente dita. Conforme revisão de literatura e resultados discutidos no presente trabalho, a relação entre o diagnóstico psiquiátrico e o essencialismo biológico inerente na cultura ocidental alça perspectiva pessimista no que se refere à autonomia percebida.

Com o advento do essencialismo, implicações possíveis merecem enumeração: o ensino é condicionado à percepção do professor e dos pares de um aluno diagnosticado quando o objetivo almejado é autonomia; o tratamento é condicionado à percepção da equipe de saúde que interpreta a vontade e capacidade do paciente enquanto fruto de doença; a psicoterapia é condicionada à percepção do cliente, de seus pares, e do próprio terapeuta que lidam com a capacidade e responsabilidade limitadas pelo advento de uma doença.

Uma vez que a disposição comportamental é fruto de contingências sociais vividas pelo indivíduo e da cultura que o cerca, a atribuição de autonomia como traço dessa cultura influenciaria diretamente o comportamento do sujeito que é alvo da essencialização. Analisando o efeito da estereotipização essencialista do diagnóstico para a atribuição de autonomia, e considerada a autonomia enquanto disposição comportamental, é importante dar continuidade aos estudos que abordam os efeitos da essencialização em meio a cultura para a percepção de autonomia do sujeito diagnosticado, assim como dar um passo além na direção de identificar os efeitos dessa cultura dentro das práticas que lidam diretamente com os efeitos de tal cultura. Tais esforços se aproximam de objetivos que envolvem o desenvolvimento da disposição autônoma e digna dos sujeitos alvo da essencialização de sua subjetividade, principalmente quando estes são diagnosticados com transtornos psiquiátricos.

REFERÊNCIAS

- Abramowitz, J. S., Tolin, D. F., & Street, G. P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical psychology review, 21*(5), 683-703.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^a ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*(4), 304-309.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *The British Journal of Psychiatry, 199*(5), 367-372.
- Banaco, R. A., Zamignani, D. R., & Meyer, S. B. (2010). Função do comportamento e do DSM: Terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. *Análise do Comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas*, 175-191.
- Barbosa, L. M. (2014). Validação do acceptance and action questionnaire II: contribuições para a avaliação de processo na terapia de aceitação e compromisso (Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília).
- Barnes-Holmes, D., Denis, O., Roche, B., Hayes, S. C., Bissett, R. T., & Lyddy, F. (2002). Understanding and verbal regulation. In *Relational Frame Theory* (pp. 103-117). Springer US.
- Bastian, B., & Haslam, N. (2006). Psychological essentialism and stereotype endorsement. *Journal of Experimental Social Psychology, 42*(2), 228-235.

- Begotka, A. M., Woods, D. W., & Wetterneck, C. T. (2004). The relationship between experiential avoidance and the severity of trichotillomania in a nonreferred sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(1), 17-24.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 221-231.
- Brewer, M. B. (2007). The social psychology of intergroup relations: Social categorization, ingroup bias, and outgroup prejudice.
- Conrad, P., & Potter, D. (2000). From hyperactive children to ADHD adults: Observations on the expansion of medical categories. *Social Problems*, 47(4), 559-582.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48-67.
- Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N. J., & Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 18-25.
- Corrigan, P. W. (2007). How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness. *Social Work*, 52(1), 31-39.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Wasowski, K. U., Campion, J., Mathisen, J., ... & Kubiak, M. A. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, 28(1), 91-102.

- Doron, G., Kyrios, M., & Moulding, R. (2007). Sensitive domains of self-concept in obsessive-compulsive disorder (OCD): Further evidence for a multidimensional model of OCD. *Journal of Anxiety Disorders, 21*(3), 433-444.
- Feldner, M. T., Hekmat, H., Zvolensky, M. J., Vowles, K. E., Secrist, Z., & Leen-Feldner, E. W. (2006). The role of experiential avoidance in acute pain tolerance: A laboratory test. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 37*(2), 146-158.
- Ferreira, T. A. S. (2015). Entendimento, Conhecimento e Autonomia: Virtudes intelectuais e o objetivo do ensino de ciências. Tese de Doutorado. Salvador: Instituto de Física, UFBA.
- Ferreira, D. C., & Tourinho, E. Z. (2011). Relações entre depressão e contingências culturais nas sociedades modernas: interpretação analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 13*, 20-36.
- Ferreira, T. A. S., Melo, F. S. S., Matos, J. P. A., Moura, M. C. B. L., & Rodrigues, S. S. (2017). Qual o Objetivo da Análise do Comportamento Clínica?. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento, 25*(3).
- Fröjd, S. A., Nissinen, E. S., Pelkonen, M. U., Marttunen, M. J., Koivisto, A. M., & Kaltiala-Heino, R. (2008). Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of adolescence, 31*(4), 485-498.
- Forsyth, J. P., Parker, J. D., & Finlay, C. G. (2003). Anxiety sensitivity, controllability, and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substance-abusing veterans. *Addictive behaviors, 28*(5), 851-870.
- Gillon, R. (2003). Ethics needs principles—four can encompass the rest—and respect for autonomy should be “first among equals”. *Journal of medical ethics, 29*(5), 307-312.
- Haslam, N. (2000). Psychiatric categories as natural kinds: Essentialist thinking about mental disorder. *Social Research, 1031-1058*.

- Haslam, N. (2011). Genetic essentialism, neuroessentialism, and stigma: Commentary on Dar-Nimrod and Heine (2011). *Psychological Bulletin*, *137*(5), 819–824
- Haslam, N., & Kvaale, E. P. (2015). Biogenetic Explanations of Mental Disorder The Mixed-Blessings Model. *Current Directions in Psychological Science*, *24*(5), 399-404.
- Haslam, N., & Whelan, J. (2008). Human natures: Psychological essentialism in thinking about differences between people. *Social and Personality Psychology Compass*, *2*(3), 1297-1312.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer Science & Business Media.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... Mccurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, *54*, 553-578.
- Ilic, M., Reinecke, J., Bohner, G., Hans-Onno, R., Beblo, T., Driessen, M., ... & Corrigan, P. W. (2012). Protecting self-esteem from stigma: a test of different strategies for coping with the stigma of mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, *58*(3), 246-257.
- Ilic, M., Reinecke, J., Bohner, G., Röttgers, H. O., Beblo, T., Driessen, M., ... & Corrigan, P. W. (2013). Belittled, avoided, ignored, denied: Assessing forms and consequences of stigma experiences of people with mental illness. *Basic and Applied Social Psychology*, *35*(1), 31-40.

- Ilic, M., Reinecke, J., Bohner, G., Röttgers, H. O., Beblo, T., Driessen, M., ... & Corrigan, P. W. (2014). Managing a stigmatized identity—evidence from a longitudinal analysis about people with mental illness. *Journal of Applied Social Psychology, 44*(7), 464-480.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1301-1320
- Kvaale, E. P., Gottdiener, W. H., & Haslam, N. (2013). Biogenetic explanations and stigma: A meta-analytic review of associations among laypeople. *Social science & medicine, 96*, 95-103.
- Kvaale, E. P., Haslam, N., & Gottdiener, W. H. (2013). The ‘side effects’ of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical psychology review, 33*(6), 782-794.
- Landrine, H. (1988). Depression and stereotypes of women: Preliminary empirical analyses of the gender-role hypothesis. *Sex Roles, 19*(7-8), 527-541.
- Leader, D. (2015). *Simplesmente bipolar*. Zahar.
- Leavy, R. L. (1983). Social support and psychological disorder: A review. *Journal of community psychology, 11*(1), 3-21.
- Lebowitz, M. S., Ahn, W. K., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Fixable or fate? Perceptions of the biology of depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 81*(3), 518.
- Lewinsohn, P. M., Mischel, W., Chaplin, W., & Barton, R. (1980). Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions. *Journal of Abnormal Psychology, 89*(2), 203-212.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology, 363*-385.

- Lopes, C. E. & Abib, J. A. D. (2003). O Behaviorismo Radical como filosofia da mente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(1), 85-94.
- Malle, B. (2004). How the mind explains behavior folk explanations, meaning, and social interaction. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 569-583.
- Matos, J. P. A.; Ferreira, T. A. S. (2016). A Cultura do Diagnóstico e a Emergência de Subjetividades Psicopatológicas. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 24(4).
- Mullen, B., Brown, R., & Smith, C. (1992). Ingroup bias as a function of salience, relevance, and status: An integration. *European Journal of Social Psychology*, 22(2), 103-122.
- Mueller, D. P. (1980). Social networks: A promising direction for research on the relationship of the social environment to psychiatric disorder. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 14(2), 147-161.
- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia bulletin*, 32(4), 709-714.
- Payton, A. R., & Thoits, P. A. (2011). Medicalization, direct-to-consumer advertising, and mental illness stigma. *Society and Mental Health*, 1(1), 55-70.
- Pereira, M. E. (2015). Enfrentando preconceitos e estereótipos: na escola, no trabalho, nas ruas e os que sobrevivem em cada um de nós [blog]. Acessado em <https://estereotipos.net/>.
- Pereira, M. E., Fagundes, A. L. M., da Silva, J. F., & Takei, R. (2003). Os estereótipos e o viés lingüístico intergrupais. *Interação em Psicologia*, 7(1).
- Perez, W. F., Nico, Y. C., Kovac, R., Fidalgo, A. P., & Leonardi, J. L. (2013). Introdução à Teoria das Molduras Relacionais (Relational Frame Theory): principais conceitos,

- achados experimentais e possibilidades de aplicação. *Perspectivas em análise do comportamento*, 4(1), 33-51.
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L., & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an illness like any other' approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(5), 303-318.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121(1), 31-49.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 71-88.
- Ruiz, F. J., Langer Herrera, Á. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: the Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25(1).
- Schwitzgebel, E. (2002). A phenomenal, dispositional account of belief. *Nous*, 36(2), 249-275.
- Skinner, B F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Skinner, B. F. (1974). *About Behaviorism*. London: Jonathan Cape.
- Simões, A. S. (2017). *Primeiras impressões de transtornos mentais por psicólogos clínicos e outros profissionais* (Dissertação de mestrado). Disponível em <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/24172>
- Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., & Eifert, G. H. (2002). The relations of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking. *Behavior Modification*, 26, 274-296.

- Thompson, R. A., Flood, M. F., & Goodvin, R. (2015). Social support and developmental psychopathology. *Developmental Psychopathology, Second Edition*, 1-37.
- Törneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Bond, F. (2016). RFT for clinical practice: Three core strategies in understanding and treating human suffering. In M. Roberts, & S. Ilardi (Orgs.). *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 254-272). Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Torres, A. R., & Smaira, S. I. (2001). Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 6-9.
- Tull, M. T., Gratz, K. L., Salters, K., & Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 754-761.
- Vaes, J., Paladino, M. P., Castelli, L., Leyens, J. P., & Giovanazzi, A. (2003). On the behavioral consequences of infrahumanization: the implicit role of uniquely human emotions in intergroup relations. *Journal of personality and social psychology*, 85(6), 1016.
- Weiner, B. (1993). On sin versus sickness. *American Psychologist*, 48, 957-965.
- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of personality and social psychology*, 55(5), 738.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., Gregg, J., & Zettle, R. D. (2001). Psychopathology and Psychotherapy. In S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Eds.), *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition* (pp 211-237). New York: Kluwer Academic Publishers.
- Westermeyer, J., & Neider, J. (1988). Social networks and psychopathology among substance abusers. *The American journal of psychiatry*, 145(10), 1265.

ANEXOS

ANEXO 1:
VINHETAS DE PRIMEIRAS IMPRESSÕES

Vinhetas de primeiras impressões - com diagnóstico

Você está participando de uma pesquisa em que irá ler descrições de características psicológicas de três pessoas e em seguida responderá a uma série de perguntas relacionadas às suas impressões sobre cada pessoa. Não existe resposta certa ou errada, responda de acordo com suas impressões.

1: Carla

Carla é uma mulher de 37 anos, diagnosticada com Transtorno Depressivo. Em conversas com os amigos, Carla conta que vem se sentindo mais cansada e abatida que o normal e que está preocupada porque percebe que isso está começando a afetar o seu trabalho. Como tem uma posição de grande responsabilidade em uma empresa, Carla está sempre sob pressão, o que ultimamente a tem deixado nervosa. Ela lembra que já teve períodos complicados em sua adolescência e após o nascimento da sua filha, cinco anos atrás. Ela fica ainda mais angustiada porque já passou por isso antes e lembra como foi ruim. Considerando isso, pensa em procurar ajuda para que possa tentar manter as coisas sob controle, apesar de passar por momentos em que acredita que nada poderia ajudá-la. Seu sono não tem sido o mesmo e, durante muitas noites em claro, Carla conversa com amigos por telefone ou internet sobre assuntos da vida; eles a consideram uma pessoa bastante reflexiva e sensível. Pedro, marido de Carla, insiste sempre para que ela saia para se distrair, mas na maior parte do tempo ela diz não sentir vontade, ao mesmo tempo que se mostra por vezes impaciente ao passar períodos maiores com Pedro e a filha deles. Sendo uma pessoa normalmente ativa, Carla se sente extremamente incomodada em se ver parada, perdendo interesse em coisas que antes gostava e não sendo tão eficiente no trabalho quanto acredita que poderia ser.

2: Renato

Renato é um homem de 42 anos, diagnosticado com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). Nas suas finanças e negócios pessoais, Renato é muito organizado e responsável, pagando contas em dia e administrando um pequeno negócio de forma exemplar. Todos os amigos de Renato conhecem bem o seu constante medo da morte, que é frequente assunto de conversas. Ele conta para as pessoas próximas que vive sempre com medo, onde quer que vá; não importa o que faça, vive atormentado por pensamentos constantes de que algo vai dar errado e ele vai morrer. Renato toma todas as precauções que consegue pensar para evitar se expor a perigos desnecessários, seja checando se as portas estão trancadas e se o gás está ligado, seja cobrindo e checando as pontas dos móveis de sua casa. Renato acredita que precisa fazer certas coisas para garantir sua segurança, mas tem começado a perceber que esses hábitos estão atrapalhando seu casamento, já que consomem um tempo razoável do seu dia e sua esposa não consegue entender ou aceitar o motivo pelo qual ele precisa de toda essa rotina.

3: Lucas

Lucas é um homem de 28 anos, diagnosticado com Esquizofrenia. Ele sempre foi considerado por amigos e familiares como alguém inteligente e reservado, e recentemente foi aprovado em um concurso público altamente concorrido. As pessoas próximas a Lucas o admiram por sua criatividade e irreverência em relações íntimas. Recentemente seus familiares têm ficado preocupados com ele, pois ele tem falado de forma confusa sobre situações estranhas que tem vivenciado, demonstrando medo. Por vezes dizem que ele fica assustado, agitado e agressivo. Lucas diz que tem estado muito angustiado em seu dia-a-dia pois vê pessoas estranhas e ouve vozes se dirigindo a ele de maneira depreciativa e agressiva, o orientando a ir embora e desistir de seu emprego e de sua vida. As pessoas que convivem com Lucas dizem ficar confusas nas vezes em que ele vivencia estes episódios, pois dizem não ver ou ouvir essas pessoas a quem

ele se refere. Lucas diz que, além da angústia que sente, está frustrado e por vezes se sente muito triste e com medo no que diz respeito ao que tem visto e ouvido. Embora tenha assumido um cargo público de relevância, Lucas se sente menos confiante por conta dos julgamentos que vivencia nessas experiências. Pessoas próximas a Lucas dizem que ele sempre foi pouco vaidoso, mas que no último ano tem estado cada vez mais descuidado com sua aparência e saúde. Lucas também está menos sensível em suas relações íntimas.

Vinhetas de primeiras impressões - sem diagnóstico

Você está participando de uma pesquisa em que irá ler descrições de características psicológicas de três pessoas e em seguida responderá a uma série de perguntas relacionadas às suas impressões sobre cada pessoa. Não existe resposta certa ou errada, responda de acordo com suas impressões.

1: Carla

Carla é uma mulher de 37 anos. Ultimamente em conversas com os amigos, Carla conta que vem se sentindo mais cansada e abatida que o normal e que está preocupada porque percebe que isso está começando a afetar o seu trabalho. Como tem uma posição de grande responsabilidade em uma empresa, Carla está sempre sob pressão, o que ultimamente a tem deixado nervosa. Ela lembra que já teve períodos complicados em sua adolescência e após o nascimento da sua filha, cinco anos atrás. Ela fica ainda mais angustiada porque já passou por isso antes e lembra como foi ruim. Considerando isso, pensa em procurar ajuda para que possa tentar manter as coisas sob controle, apesar de passar por momentos em que acredita que nada poderia ajudá-la. Seu sono não tem sido o mesmo e, durante muitas noites em claro, Carla conversa com amigos por telefone ou internet sobre assuntos da vida; eles a consideram uma

pessoa bastante reflexiva e sensível. Pedro, marido de Carla, insiste sempre para que ela saia para se distrair, mas na maior parte do tempo ela diz não sentir vontade, ao mesmo tempo que se mostra por vezes impaciente ao passar períodos maiores com Pedro e a filha deles. Sendo uma pessoa normalmente ativa, Carla se sente extremamente incomodada em se ver parada, perdendo interesse em coisas que antes gostava e não sendo tão eficiente no trabalho quanto acredita que poderia ser.

2: Renato

Renato é um homem de 42 anos. Nas suas finanças e negócios pessoais, Renato é muito organizado e responsável, pagando contas em dia e administrando um pequeno negócio de forma exemplar. Todos os seus amigos conhecem bem o seu constante medo da morte, que é frequente assunto de conversas. Ele conta para as pessoas próximas que vive sempre com medo, onde quer que vá; não importa o que faça, vive atormentado por pensamentos constantes de que algo vai dar errado e ele vai morrer. Renato toma todas as precauções que consegue pensar para evitar se expor a perigos desnecessários, seja checando se as portas estão trancadas e se o gás está ligado, seja cobrindo e checando as pontas dos móveis de sua casa. Renato acredita que precisa fazer certas coisas para garantir sua segurança, mas tem começado a perceber que esses hábitos estão atrapalhando seu casamento, já que consomem um tempo razoável do seu dia e sua esposa não consegue entender ou aceitar o motivo pelo qual ele precisa de toda essa rotina.

3: Lucas

Lucas é um homem de 28 anos. Ele sempre foi considerado por amigos e familiares como alguém inteligente e reservado, e recentemente foi aprovado em um concurso público altamente concorrido. As pessoas próximas a Lucas o admiram por sua criatividade e irreverência em relações íntimas. Recentemente seus familiares têm ficado preocupados com ele, pois ele tem

falado de forma confusa sobre situações estranhas que tem vivenciado, demonstrando medo. Por vezes dizem que ele fica assustado, agitado e agressivo. Lucas diz que tem estado muito angustiado em seu dia-a-dia pois vê pessoas estranhas e ouve vozes se dirigindo a ele de maneira depreciativa e agressiva, o orientando a ir embora e desistir de seu emprego e de sua vida. As pessoas que convivem com Lucas dizem ficar confusas nas vezes em que ele vivencia estes episódios, pois dizem não ver ou ouvir essas pessoas a quem ele se refere. Lucas diz que, além da angústia que sente, está frustrado e por vezes se sente muito triste e com medo no que diz respeito ao que tem visto e ouvido. Embora tenha assumido um cargo público de relevância, Lucas se sente menos confiante por conta dos julgamentos que vivencia nessas experiências. Pessoas próximas a Lucas dizem que ele sempre foi pouco vaidoso, mas que no último ano tem estado cada vez mais descuidado com sua aparência e saúde. Lucas também está menos sensível em suas relações íntimas.

ANEXO 2:
ESCALA DE ATRIBUIÇÃO DE AUTONOMIA

Escala de Atribuição de Autonomia

Responda às afirmações da forma mais adequada às suas impressões sobre Renato [Carla ou Lucas] a partir da escala apresentada a seguir:

[Observação: na plataforma online, o instrumento exibe todas as afirmações acompanhadas da escala de 1 a 5; em que 1 = discordo totalmente, 2 = discordo parcialmente, 3 = não concordo e nem discordo, 4 = concordo parcialmente, e 5 = concordo totalmente. Mais detalhes disponíveis no ANEXO 8]

Atribuição de Capacidade:

Atribuição de Capacidade Cognitiva:

- *“Os pensamentos de Renato sobre sua própria vida fazem sentido” [entendimento];*
- *“Os pensamentos de Renato sobre sua vida farão mais sentido quando ele se sentir melhor” [entendimento – reverso];*
- *“Renato é capaz de planejar sua vida” [deliberação];*
- *“Para que Renato tome decisões importantes é preciso que tenha a ajuda de outras pessoas” [deliberação - reverso]*
- *“Renato consegue avaliar corretamente as situações em que se encontra antes de agir sobre elas” [avaliação];*
- *“Para que Renato decida o que é melhor para si é importante que ele tenha ajuda” [avaliação – reverso].*

Atribuição de Capacidade para a Ação:

- *“Renato consegue agir em função do que planeja mesmo se sentindo mal”*
[independência subjetiva];
- *“É difícil para Renato conseguir agir em sua vida por conta da angústia que sente”* *[independência subjetiva – reverso];*
- *“Renato é capaz de realizar suas atividades sem a ajuda de outras pessoas”*
[independência social];
- *“É melhor que Renato se afaste de suas atividades já que tem dificuldades em realizar suas tarefas sozinho”* *[independência social – reverso].*

Responsabilização:

- *“Não há motivos pelos quais Renato deva ser tratado de forma diferente de qualquer outra pessoa”;*
- *“Renato deve ser responsabilizado por suas ações”;*
- *“É importante que as pessoas sejam mais tolerantes e flexíveis com Renato por conta de seus problemas”* *[reverso];*
- *“Renato não deve ser tão exigido quanto outras pessoas”* *[reverso].*

ANEXO 3:
ESCALAS DE ESSENCIALISMO PSICOLÓGICO

Escalas de Essencialismo Psicológico

Responda às afirmações da forma mais adequada à sua percepção a partir da escala apresentada, na qual:

[*Observação: na plataforma online, o instrumento exibe todas as afirmações acompanhadas da escala de 1 a 5; em que 1 = discordo totalmente, 2 = discordo parcialmente, 3 = não concordo e nem discordo, 4 = concordo parcialmente, e 5 = concordo totalmente. Mais detalhes disponíveis no ANEXO 8]*

Escala de Bases Biológicas / Essencialismo Biogenético:

- *“O tipo de pessoa que cada um é pode ser em grande parte atribuído à sua herança genética”;*
- *“O tipo de pessoa que cada um se torna é determinado pela sua disposição biológica”;*
- *“Com conhecimento científico suficiente, as qualidades básicas de uma pessoa poderiam ser associadas e explicadas por sua disposição biológica”;*
- *“Existem diferentes tipos de pessoas. Com conhecimento científico suficiente, esses diferentes tipos podem ser associados a causas genéticas”;*
- *“Apenas alguns traços que as pessoas possuem podem ser considerados resultados de sua biologia” [reverso];*
- *“Eu acredito que predisposições genéticas têm pouca influência no tipo de pessoa que cada um é” [reverso];*
- *“Os atributos de uma pessoa são algo que não pode ser atribuído à sua biologia” [reverso];*

- *“As características de uma pessoa nunca são determinadas por seus genes”*
[reverso].

Escala de Distintividade:

- *“O tipo de uma pessoa é claramente definido. As pessoas ou são de um determinado tipo ou não são”;*
- *“As pessoas podem se comportar de maneiras aparentemente ambíguas, mas os aspectos centrais de sua personalidade são bem estabelecidos”;*
- *“Uma pessoa ou tem uma determinada característica ou não tem”;*
- *“As qualidades básicas de uma pessoa existem em níveis variáveis e nunca é fácil as categorizar”* [reverso];
- *“O caráter essencial de alguém nunca é facilmente definido”* [reverso];
- *“Independentemente das qualidades que uma pessoa tem, elas serão sempre incertas e difíceis de definir”* [reverso];
- *“As pessoas podem ter vários atributos e nunca serem completamente definidas por um em particular”* [reverso].

Escala de Informatividade:

- *“Quando se está conhecendo uma pessoa, é possível ter uma ideia do tipo de pessoa que ela é muito rapidamente”;*
- *“É possível saber sobre muitos aspectos de uma pessoa uma vez que você se familiariza com algumas de suas características básicas”;*
- *“De forma geral, uma vez que você conhece alguém em um ou dois contextos, é possível prever como a pessoa vai se comportar na maioria dos outros contextos”;*

- *“Existem tipos diferentes de pessoas e é possível saber qual é o tipo de uma pessoa de forma relativamente rápida”;*
- *“O comportamento de uma pessoa em contextos específicos nunca diz muito sobre o tipo de pessoa que ela é” [reverso];*
- *“Apesar de uma pessoa ter alguns traços básicos identificáveis, nunca é fácil fazer julgamentos precisos sobre como ela vai se comportar em situações diversas” [reverso];*
- *“É impossível julgar como alguém vai reagir em situações sociais novas” [reverso];*

ANEXO 4:
QUESTIONÁRIO DE ACEITAÇÃO E AÇÃO – II (AAQ-II)

Questionário de Aceitação e Ação-II (AAQ-II)

A seguir, você encontrará uma lista de afirmações. Por favor, avalie quanto cada afirmação é verdadeira para você e marque o número correspondente. Utilize a seguinte escala para fazer sua escolha, sendo:

[*Observação: na plataforma online, o instrumento exibe todas as afirmações acompanhadas da escala de 1 a 7; em que 1 = nunca, 2 = muito raramente, 3 = raramente, 4 = algumas vezes, 5 frequentemente, 6 = quase sempre, e 7 = sempre. Mais detalhes disponíveis no ANEXO 8*]

Afirmações:

- *“Minhas experiências e lembranças dolorosas dificultam que eu viva a vida que eu gostaria”;*
- *“Tenho medo dos meus sentimentos”;*
- *“Eu me preocupo em não conseguir controlar minhas preocupações e sentimentos”;*
- *“Minhas lembranças dolorosas me impedem de ter uma vida plena”;*
- *“Emoções causam problemas na minha vida”;*
- *“Parece que a maioria das pessoas lida com suas vidas melhor do que eu”*
- *“Preocupações atrapalham o meu sucesso”.*

ANEXO 5:
ESCALA DE AUTOPERCEPÇÃO DE AUTONOMIA

Escala de Autopercepção de Autonomia

A seguir, você encontrará uma lista de afirmações. Por favor, avalie quanto cada afirmação é verdadeira para você e marque o número correspondente. Utilize a seguinte escala para fazer sua escolha, sendo:

[Observação: na plataforma online, o instrumento exibe todas as afirmações acompanhadas da escala de 1 a 7; em que 1 = nunca, 2 = muito raramente, 3 = raramente, 4 = algumas vezes, 5 frequentemente, 6 = quase sempre, e 7 = sempre. Mais detalhes disponíveis no ANEXO 8]

Afirmações:

- *“Fico confuso(a) com meus pensamentos” [cognição – reverso: entendimento]*
- *“Sou capaz de avaliar as situações nas quais me encontro antes de agir” [cognição – avaliação];*
- *“Consigo planejar o que é melhor para mim mesmo quando me sinto mal” [cognição – deliberação];*
- *“Consigo realizar minhas atividades sem a ajuda de outras pessoas” [ação – independência social];*
- *“Tenho dificuldades para agir direito quando não me sinto bem comigo mesmo(a)” [ação – reverso - independência subjetiva];*

ANEXO 6:
MODELO DE CONVITE PARA MODERADORES DE GRUPOS

Modelo de convite a moderadores de grupos do Facebook (através de mensagem privada)

Olá, [moderador(a)].

Meu nome é João Pedro Alves Matos, sou Psicólogo e mestrando em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), vinculado ao Laboratório de Estudos dos Processos Psicológicos e Sociais (LEPPS). Atualmente estou desenvolvendo uma pesquisa cujo objetivo é verificar diferentes percepções sobre transtornos mentais de diversas ordens, tendo o propósito de contribuir para um maior conhecimento sobre dinâmicas sociais envolvendo estereótipos de pessoas que são diagnosticadas.

Para o desenvolvimento desse estudo, estamos convidando participantes que têm alguma experiência com diagnósticos, e para tanto a contribuição de pessoas diagnosticadas é de suma importância para esse trabalho. Estamos pedindo a colaboração de moderadores de grupos fechados no Facebook para a divulgação deste trabalho nos grupos, buscando a maior colaboração possível, e seria de grande ajuda se pudéssemos contar com sua colaboração para a divulgação do estudo no grupo “[nome do grupo]”.

Agradeço de antemão pela atenção, será de grande ajuda se pudermos contar com sua colaboração! Muito obrigado!

--

Caso opte por nos ajudar na divulgação do trabalho, há um modelo de mensagem que pode ser útil em publicações, que consta nosso convite e o link para participação da pesquisa:

“Olá pessoal,

Venho convidar vocês a participar de um trabalho que está sendo realizado no Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal da Bahia. O trabalho está sendo realizado pelo pesquisador João Pedro Alves Matos, orientado pelo Prof. Dr. Marcos Emanuel Pereira. O estudo se chama “Rotulação diagnóstica psiquiátrica e atribuição de autonomia: diferenças

de julgamento entre pessoas diagnosticadas e não diagnosticadas”. O objetivo é verificar diferentes percepções sobre transtornos mentais de diversas ordens, tendo o propósito de contribuir para um maior conhecimento sobre dinâmicas sociais envolvendo estereótipos de pessoas que são diagnosticadas.

Para a realização desse trabalho é necessário que os participantes respondam a um questionário online sobre suas impressões acerca de sujeitos fictícios apresentados em pequenas vinhetas.

A realização dessa atividade dura em média 20 minutos. Agradecemos aos que puderem participar e mesmo ajudar a divulgar essa mensagem para pessoas que possam responder ao estudo, será de grande ajuda!

A pesquisa se encontra disponível através do link: <http://ww3.unipark.de/uc/atribuicoes/>”

ANEXO 7:
MODELO DE DIVULGAÇÃO EM REDES SOCIAIS E EM GRUPOS DO
FACEBOOK

Divulgação em Mural (Facebook)

Olá pessoal,

Venho convidar vocês a responder um questionário online, que é parte de um trabalho realizado no Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal da Bahia. O trabalho está sendo realizado por mim (João Pedro Alves Matos), orientado pelo Prof. Dr. Marcos Emanuel Pereira. O estudo se chama “Rotulação diagnóstica psiquiátrica e atribuição de autonomia: diferenças de julgamento entre pessoas diagnosticadas e não diagnosticadas”. O objetivo é verificar diferentes percepções sobre transtornos mentais de diversas ordens, tendo o propósito de contribuir para um maior conhecimento sobre dinâmicas sociais envolvendo estereótipos de pessoas que são diagnosticadas.

A realização dessa atividade dura em média 20 minutos. Serei muito grato aos que puderem participar e principalmente ajudar a divulgar essa mensagem para pessoas que possam responder ao estudo, será de grande ajuda!!

A pesquisa se encontra disponível através do link: <http://ww3.unipark.de/uc/atribuicoes/>

Divulgação em Grupos Fechados (Facebook)

Pesquisa (questionário online)

Estereótipos sociais sobre pessoas diagnosticadas.

Contribua com sua perspectiva!

Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal da Bahia

Pesquisador responsável:
João Pedro Alves Matos

Orientado por:
Prof. Dr. Marcos Emanuel Pereira

Duração média:
20 minutos

lepps ufba UFBA

Pessoal, estou fazendo uma pesquisa no programa de mestrado da UFBA. O objetivo é contribuir para a compreensão do estereótipo social sobre pessoas diagnosticadas e para isso estou buscando a perspectiva de pessoas que têm alguma experiência com diagnósticos psiquiátricos.

Peço, aos que puderem, que me ajudem respondendo à pesquisa disponível no link:

<http://ww3.unipark.de/uc/atribuicoes/>

O trabalho está sendo realizado por mim (João Pedro Alves Matos), orientado pelo Prof. Dr. Marcos Emanuel Pereira. O estudo se chama “Rotulação diagnóstica psiquiátrica e atribuição de autonomia: diferenças de julgamento entre pessoas diagnosticadas e não diagnosticadas”. O objetivo é verificar diferentes percepções sobre transtornos mentais de diversas ordens, tendo o propósito de contribuir para um maior conhecimento sobre dinâmicas sociais envolvendo estereótipos de pessoas que são diagnosticadas.

Para a realização desse trabalho é necessário que os participantes respondam a um questionário online sobre suas impressões acerca de sujeitos fictícios apresentados em pequenas vinhetas. A realização dessa atividade dura em média 20 minutos. Agradecemos aos que puderem participar e aos que possam nos ajudar a compartilhar essa publicação/divulgar para pessoas que possam responder ao estudo (principalmente pessoas que sejam diagnosticadas e possam responder conforme sua perspectiva), será de grande ajuda!

--

* Post sendo compartilhado com a permissão da administrador/moderador do grupo:
[moderador].

ANEXO 8:
PLATAFORMA DO ESTUDO COMPLETA

Questionnaire

1 TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou sendo convidado a participar de um estudo denominado "Rotulação diagnóstica psiquiátrica e atribuição de autonomia: diferenças de julgamento entre pessoas diagnosticadas e não diagnosticadas", cujos objetivos e justificativas são verificar as diferentes percepções acerca de transtornos mentais, contribuindo para a promoção de maior conhecimento sobre dinâmicas sociais envolvendo estereótipos de pessoas diagnosticadas.

A minha participação no referido estudo será no sentido de ler descrições sobre sujeitos fictícios e responder a questões acerca de minhas impressões sobre essa pessoa. Não existe resposta certa ou errada, será questionada apenas a minha impressão pessoal.

Estou ciente de que, ao participar desse estudo, posso esperar benefícios no que diz respeito à contribuição para a construção do conhecimento acerca de como cognições sociais podem influenciar na experiência de pessoas às quais tais cognições se referem, possibilitando a promoção de estratégias que visem redução de sofrimento de pessoas que passam por tais experiências.

Estou ciente de que o estudo, tal como seus responsáveis, garante risco e desconforto mínimo decorrentes desta pesquisa, sabendo que não é obrigatório responder às questões deste, o que me possibilita deixar de responder a questões específicas, bem como me recusar a participar do estudo ou retirar meu consentimento a qualquer momento sem precisar justificar. Estou ciente que a minha liberdade é garantida caso eu não compreenda alguma questão ou parte do estudo, podendo optar por deixá-las em branco.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo e autorizo que minhas respostas sejam incluídas nos resultados analisados e posteriormente publicados, desde que o meu anonimato seja mantido.

O pesquisador envolvido com o referido projeto é João Pedro Alves Matos, mestrando do programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia e com ele poderei manter contato pelo e-mail joaopam@ufba.br. Endereço (Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia): Rua Prof. Aristides Novis, 197 - Federação, Salvador - BA, 40210-909. É assegurado o meu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências antes e depois da minha participação.

Tendo sido orientado quanto a tudo aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia através do telefone (71) 3283-6437 ou no endereço Estrada de São Lázaro, 197, Federação – Salvador/BA. CEP: 40210-730.

Li as informações e concordo em participar da pesquisa apresentada.

2 Introdução

Essa é uma pesquisa na qual você irá ler descrições de características de três pessoas e em seguida responderá a perguntas relacionadas às suas impressões sobre cada uma dessas pessoas. Não existe resposta certa ou errada, responda de acordo com suas impressões pessoais.

3.1.1 Carla_sem

Carla

Carla é uma mulher de 37 anos. Ultimamente em conversas com os amigos, Carla conta que vem se sentindo mais cansada e abatida que o normal e que está preocupada porque percebe que isso está começando a afetar o seu trabalho. Como tem uma posição de grande responsabilidade em uma empresa, Carla está sempre sob pressão, o que ultimamente a tem deixado nervosa. Ela lembra que já teve períodos complicados em sua adolescência e após o nascimento da sua filha, cinco anos atrás. Ela fica ainda mais angustiada porque já passou por isso antes e lembra como foi ruim. Considerando isso, pensa em procurar ajuda para que possa tentar manter as coisas sob controle, apesar de passar por momentos em que acredita que nada poderia ajudá-la. Seu sono não tem sido o mesmo e, durante muitas noites em claro, Carla conversa com amigos por telefone ou internet sobre assuntos da vida; eles a consideram uma pessoa bastante reflexiva e sensível. Pedro, marido de Carla, insiste sempre para que ela saia para se distrair, mas na maior parte do tempo ela diz não sentir vontade, ao mesmo tempo que se mostra por vezes impaciente ao passar períodos maiores com Pedro e a filha deles. Sendo uma pessoa normalmente ativa, Carla se sente extremamente incomodada em se ver parada, perdendo interesse em coisas que antes gostava e não sendo tão eficiente no trabalho quanto acredita que poderia ser.

3.1.1.1 Carla_quest

Responda às afirmações da forma mais adequada às suas impressões sobre Carla a partir da escala apresentada a seguir:

	discordo totalmente	discordo parcialmente	não concordo e nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Os pensamentos de Carla sobre sua própria vida fazem sentido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os pensamentos de Carla sobre sua vida farão mais sentido quando ela se sentir melhor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carla é capaz de planejar sua vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para que Carla tome decisões importantes é preciso que tenha a ajuda de outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carla consegue avaliar corretamente as situações em que se encontra antes de agir sobre elas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para que Carla decida o que é melhor para si é importante que ela tenha ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carla consegue agir em função do que planeja mesmo se sentindo mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É difícil para Carla conseguir agir em sua vida por conta da angústia que sente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É melhor que Carla se afaste de suas atividades já que tem dificuldades em realizar suas tarefas sozinha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carla é capaz de realizar suas atividades sem a ajuda de outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É importante que as pessoas sejam mais tolerantes e flexíveis com Carla por conta de seus problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não há motivos pelos quais Carla deva ser tratada de maneira diferente de qualquer outra pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carla deve ser responsabilizada por suas ações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carla não deve ser tão exigida quanto outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.1.2 Renato_sem

Renato

Renato é um homem de 42 anos. Nas suas finanças e negócios pessoais, Renato é muito organizado e responsável, pagando contas em dia e administrando um pequeno negócio de forma exemplar. Todos os seus amigos conhecem bem o seu constante medo da morte, que é frequente assunto de conversas. Ele conta para as pessoas próximas que vive sempre com medo, onde quer que vá; não importa o que faça, vive atormentado por pensamentos constantes de que algo vai dar errado e ele vai morrer. Renato toma todas as precauções que consegue pensar para evitar se expor a perigos desnecessários, seja checando se as portas estão trancadas e se o gás está ligado, seja cobrindo e checando as pontas dos móveis de sua casa. Renato acredita que precisa fazer certas coisas para garantir sua segurança, mas tem começado a perceber que esses hábitos estão atrapalhando seu casamento, já que consomem um tempo razoável do seu dia e sua esposa não consegue entender ou aceitar o motivo pelo qual ele precisa de toda essa rotina.

3.1.2.1 Renato_quest

Responda às afirmações da forma mais adequada às suas impressões sobre Renato a partir da escala apresentada a seguir:

	discordo totalmente	discordo parcialmente	não concordo e nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Os pensamentos de Renato sobre sua própria vida fazem sentido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os pensamentos de Renato sobre sua vida farão mais sentido quando ele se sentir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

melhor

Renato é capaz de planejar sua vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para que Renato tome decisões importantes é preciso que tenha a ajuda de outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renato consegue avaliar corretamente as situações em que se encontra antes de agir sobre elas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para que Renato decida o que é melhor para si é importante que ele tenha ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renato consegue agir em função do que planeja mesmo se sentindo mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É difícil para Renato conseguir agir em sua vida por conta da angústia que sente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É melhor que Renato se afaste de suas atividades já que tem dificuldades em realizar suas tarefas sozinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renato é capaz de realizar suas atividades sem a ajuda de outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É importante que as pessoas sejam mais tolerantes e flexíveis com Renato por conta de seus problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não há motivos pelos quais Renato deva ser tratado de maneira diferente de qualquer outra pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renato deve ser responsabilizado por suas ações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renato não deve ser tão exigido quanto outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.1.3 Lucas_sem

Lucas

Lucas é um homem de 28 anos. Ele sempre foi considerado por amigos e familiares como alguém inteligente e reservado, e recentemente foi aprovado em um concurso público altamente concorrido. As pessoas próximas a Lucas o admiram por sua criatividade, além de sua sensibilidade em relações íntimas. Recentemente seus familiares têm ficado preocupados com ele, pois ele tem falado de forma confusa sobre situações estranhas que tem vivenciado, demonstrando medo. Por vezes dizem que ele fica assustado, agitado e agressivo. Lucas diz que tem estado muito angustiado em seu dia-a-dia pois vê pessoas estranhas e ouve vozes se dirigindo a ele de maneira depreciativa e agressiva, o orientando a ir embora e desistir de seu emprego e de sua vida. As pessoas que convivem com Lucas dizem ficar confusas nas vezes em que ele vivencia estes episódios, pois dizem não ver ou ouvir essas pessoas a quem ele se refere. Lucas diz que, além da angústia que sente, está frustrado e por vezes se sente muito triste e com medo no que diz respeito ao que tem visto e ouvido. Embora tenha assumido um cargo público de relevância, Lucas se sente menos confiante por conta dos julgamentos que vivencia nessas experiências. Pessoas próximas a Lucas dizem que ele sempre foi pouco vaidoso, mas que no último ano tem estado cada vez mais descuidado com sua aparência e saúde. Lucas também está menos sensível em suas relações íntimas.

3.1.3.1 Lucas_quest

Responda às afirmações da forma mais adequada às suas impressões sobre Lucas a partir da escala apresentada a seguir:

	discordo totalmente	discordo parcialmente	não concordo e nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Os pensamentos de Lucas sobre sua própria vida fazem sentido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os pensamentos de Lucas sobre sua vida farão mais sentido quando ele se sentir melhor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lucas é capaz de planejar sua vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para que Lucas tome decisões importantes é preciso que tenha a ajuda de outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lucas consegue avaliar corretamente as situações em que se encontra antes de agir sobre elas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para que Lucas decida o que é melhor para si é importante que ele tenha ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lucas consegue agir em função do que planeja mesmo se sentindo mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

É difícil para Lucas conseguir agir em sua vida por conta da angústia que sente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É melhor que Lucas se afaste de suas atividades já que tem dificuldades em realizar suas tarefas sozinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lucas é capaz de realizar suas atividades sem a ajuda de outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É importante que as pessoas sejam mais tolerantes e flexíveis com Lucas por conta de seus problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não há motivos pelos quais Lucas deva ser tratado de maneira diferente de qualquer outra pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lucas deve ser responsabilizado por suas ações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lucas não deve ser tão exigido quanto outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.2.1 Carla_com

Carla

Carla é uma mulher de 37 anos, diagnosticada com Transtorno Depressivo. Em conversas com os amigos, Carla conta que vem se sentindo mais cansada e abatida que o normal e que está preocupada porque percebe que isso está começando a afetar o seu trabalho. Como tem uma posição de grande responsabilidade em uma empresa, Carla está sempre sob pressão, o que ultimamente a tem deixado nervosa. Ela lembra que já teve períodos complicados em sua adolescência e após o nascimento da sua filha, cinco anos atrás. Ela fica ainda mais angustiada porque já passou por isso antes e lembra como foi ruim. Considerando isso, pensa em procurar ajuda para que possa tentar manter as coisas sob controle, apesar de passar por momentos em que acredita que nada poderia ajudá-la. Seu sono não tem sido o mesmo e, durante muitas noites em claro, Carla conversa com amigos por telefone ou internet sobre assuntos da vida; eles a consideram uma pessoa bastante reflexiva e sensível. Pedro, marido de Carla, insiste sempre para que ela saia para se distrair, mas na maior parte do tempo ela diz não sentir vontade, ao mesmo tempo que se mostra por vezes impaciente ao passar períodos maiores com Pedro e a filha deles. Sendo uma pessoa normalmente ativa, Carla se sente extremamente incomodada em se ver parada, perdendo interesse em coisas que antes gostava e não sendo tão eficiente no trabalho quanto acredita que poderia ser.

3.2.1.1 Carla_quest

Responda às afirmações da forma mais adequada às suas impressões sobre Carla a partir da escala apresentada a seguir:

	discordo totalmente	discordo parcialmente	não concordo e nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Os pensamentos de Carla sobre sua própria vida fazem sentido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os pensamentos de Carla sobre sua vida farão mais sentido quando ela se sentir melhor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carla é capaz de planejar sua vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para que Carla tome decisões importantes é preciso que tenha a ajuda de outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carla consegue avaliar corretamente as situações em que se encontra antes de agir sobre elas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para que Carla decida o que é melhor para si é importante que ela tenha ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carla consegue agir em função do que planeja mesmo se sentindo mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É difícil para Carla conseguir agir em sua vida por conta da angústia que sente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É melhor que Carla se afaste de suas atividades já que tem dificuldades em realizar suas tarefas sozinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carla é capaz de realizar suas atividades sem a ajuda de outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É importante que as pessoas sejam mais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

tolerantes e flexíveis com Carla por conta de seus problemas

Não há motivos pelos quais Carla deva ser tratada de maneira diferente de qualquer outra pessoa

Carla deve ser responsabilizada por suas ações

Carla não deve ser tão exigida quanto outras pessoas

3.2.2 Renato_com

Renato

Renato é um homem de 42 anos, diagnosticado com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). Nas suas finanças e negócios pessoais, Renato é muito organizado e responsável, pagando contas em dia e administrando um pequeno negócio de forma exemplar. Todos os amigos de Renato conhecem bem o seu constante medo da morte, que é frequente assunto de conversas. Ele conta para as pessoas próximas que vive sempre com medo, onde quer que vá; não importa o que faça, vive atormentado por pensamentos constantes de que algo vai dar errado e ele vai morrer. Renato toma todas as precauções que consegue pensar para evitar se expor a perigos desnecessários, seja checando se as portas estão trancadas e se o gás está ligado, seja cobrindo e checando as pontas dos móveis de sua casa. Renato acredita que precisa fazer certas coisas para garantir sua segurança, mas tem começado a perceber que esses hábitos estão atrapalhando seu casamento, já que consomem um tempo razoável do seu dia e sua esposa não consegue entender ou aceitar o motivo pelo qual ele precisa de toda essa rotina.

3.2.2.1 Renato_quest

Responda às afirmações da forma mais adequada às suas impressões sobre Renato a partir da escala apresentada a seguir:

	discordo totalmente	discordo parcialmente	não concordo e nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Os pensamentos de Renato sobre sua própria vida fazem sentido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os pensamentos de Renato sobre sua vida farão mais sentido quando ele se sentir melhor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renato é capaz de planejar sua vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para que Renato tome decisões importantes é preciso que tenha a ajuda de outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renato consegue avaliar corretamente as situações em que se encontra antes de agir sobre elas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para que Renato decida o que é melhor para si é importante que ele tenha ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renato consegue agir em função do que planeja mesmo se sentindo mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É difícil para Renato conseguir agir em sua vida por conta da angústia que sente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É melhor que Renato se afaste de suas atividades já que tem dificuldades em realizar suas tarefas sozinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renato é capaz de realizar suas atividades sem a ajuda de outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É importante que as pessoas sejam mais tolerantes e flexíveis com Renato por conta de seus problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não há motivos pelos quais Renato deva ser tratado de maneira diferente de qualquer outra pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renato deve ser responsabilizado por suas ações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renato não deve ser tão exigido quanto outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.2.3 Lucas_com

Lucas

Lucas é um homem de 28 anos, diagnosticado com Esquizofrenia. Ele sempre foi considerado por amigos e familiares como alguém inteligente e reservado, e recentemente foi aprovado em um concurso público altamente concorrido. As pessoas próximas a Lucas o admiram por sua criatividade, além de sua sensibilidade em relações íntimas. Recentemente seus familiares têm ficado preocupados com ele, pois ele tem falado de forma confusa sobre situações estranhas que tem vivenciado, demonstrando medo. Por vezes dizem que ele fica assustado, agitado e agressivo. Lucas diz que tem estado muito angustiado em seu dia-a-dia pois vê pessoas estranhas e ouve vozes se dirigindo a ele de maneira depreciativa e agressiva, o orientando a ir embora e desistir de seu emprego e de sua vida. As pessoas que convivem com Lucas dizem ficar confusas nas vezes em que ele vivencia estes episódios, pois dizem não ver ou ouvir essas pessoas a quem ele se refere. Lucas diz que, além da angústia que sente, está frustrado e por vezes se sente muito triste e com medo no que diz respeito ao que tem visto e ouvido. Embora tenha assumido um cargo público de relevância, Lucas se sente menos confiante por conta dos julgamentos que vivencia nessas experiências. Pessoas próximas a Lucas dizem que ele sempre foi pouco vaidoso, mas que no último ano tem estado cada vez mais descuidado com sua aparência e saúde. Lucas também está menos sensível em suas relações íntimas.

3.2.3.1 Lucas_quest

Responda às afirmações da forma mais adequada às suas impressões sobre Lucas a partir da escala apresentada a seguir:

	discordo totalmente	discordo parcialmente	não concordo e nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Os pensamentos de Lucas sobre sua própria vida fazem sentido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os pensamentos de Lucas sobre sua vida farão mais sentido quando ele se sentir melhor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lucas é capaz de planejar sua vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para que Lucas tome decisões importantes é preciso que tenha a ajuda de outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lucas consegue avaliar corretamente as situações em que se encontra antes de agir sobre elas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para que Lucas decida o que é melhor para si é importante que ele tenha ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lucas consegue agir em função do que planeja mesmo se sentindo mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É difícil para Lucas conseguir agir em sua vida por conta da angústia que sente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É melhor que Lucas se afaste de suas atividades já que tem dificuldades em realizar suas tarefas sozinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lucas é capaz de realizar suas atividades sem a ajuda de outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É importante que as pessoas sejam mais tolerantes e flexíveis com Lucas por conta de seus problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não há motivos pelos quais Lucas deva ser tratado de maneira diferente de qualquer outra pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lucas deve ser responsabilizado por suas ações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lucas não deve ser tão exigido quanto outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4 Fixação_sem

A seguir, serão feitas algumas perguntas sobre as pessoas citadas, a fim de verificar de quais informações você consegue lembrar.

A partir do que você leu sobre cada pessoa, responda qual delas...

	Carla	Renato	Lucas
... diz sentir mais cansaço que o normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... tem uma filha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... vive sempre com medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... administra um pequeno negócio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... assumiu um cargo público de relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... tem estado angustiado em seu dia-a-dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.1 Essencialização_bases_biológicas

Nesta etapa do estudo, você deverá responder a uma série de perguntas acerca do que você acredita. Não existe resposta certa ou errada, responda de acordo com seu primeiro impulso.

	discordo totalmente	discordo parcialmente	não concordo e nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
O tipo de pessoa que cada um é pode ser em grande parte atribuído à sua herança genética.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apenas alguns traços que as pessoas possuem podem ser considerados resultados de sua biologia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu acredito que predisposições genéticas têm pouca influência no tipo de pessoa que cada um é.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O tipo de pessoa que cada um se torna é determinado pela sua disposição biológica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existem diferentes tipos de pessoas. Com conhecimento científico suficiente, esses diferentes tipos podem ser associados a causas genéticas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os atributos de uma pessoa são algo que não pode ser atribuído à sua biologia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com conhecimento científico suficiente, as qualidades básicas de uma pessoa poderiam ser associadas e explicadas por sua disposição biológica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As características de uma pessoa nunca são determinadas por seus genes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.2 Essencialização_distintividade

Nesta etapa do estudo, você deverá responder a uma série de perguntas acerca do que você acredita. Não existe resposta certa ou errada, responda de acordo com seu primeiro impulso.

	discordo totalmente	discordo parcialmente	não concordo e nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
O tipo de uma pessoa é claramente definido. As pessoas ou são de um determinado tipo ou não são.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As pessoas podem se comportar de maneiras aparentemente indefinidas, mas os aspectos centrais de sua personalidade são bem estabelecidos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As qualidades básicas de uma pessoa existem em níveis variáveis e nunca é fácil categorizá-las.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O caráter essencial de alguém nunca é facilmente definido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma pessoa ou tem uma determinada característica ou não tem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Independentemente das qualidades que uma pessoa tem, elas serão sempre incertas e difíceis de definir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As pessoas podem ter vários atributos e nunca serem completamente definidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Consigo planejar o que é melhor para mim mesmo quando me sinto mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo realizar minhas atividades sem a ajuda de outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades para agir direito quando não me sinto bem comigo mesmo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8 Instrucao_sociodemografico

Para finalizar, pedimos que você responda algumas questões pessoais e sobre sua formação.

9 Diagnosticado

Você já foi diagnosticado com algum transtorno psiquiátrico?

- Sim
- Não

10 Filter Se_diagnosticado

v_206 Diagnóstico Você já foi diagnosticado com algum transtorno psiquiátrico? - Diagnóstico (From page 9: Diagnosticado) equal 1

10.1 Qual_diagnóstico?

Qual(is) diagnóstico(s) você recebeu?

Que profissional fez seu diagnóstico?

- Psicólogo
- Médico
- Outro (qual?)

Há quantos meses que você recebeu o diagnóstico?

(em quantidade aproximada de meses)

Você possui o diagnóstico atualmente?

- Sim
- Não

Como você descreveria sua experiência em relação ao seu diagnóstico?

11 Sociodemográfico

Sexo:

- Homem
- Mulher

Idade:

Local onde reside:

(Cidade/Estado)

Estado civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)
- Outro

Religião:

- Católica
- Evangélica
- Espírita
- Candomblé
- Ateu/agnóstico
- Outra

Renda familiar:

(em salários mínimos)

- Até 1
- 1 a 3
- 3 a 6
- 6 a 9
- 9 a 12
- 12 a 15
- Mais de 15

Possui ensino médio completo?

- Sim
- Não

Você possui ensino superior completo?

Se sim, em que curso?

- Não
- Sim

Tipo de ensino:

- Público
- Privado

Possui algum título de pós-graduação?

Se sim, em que área?

- Não
- Sim

Atualmente qual é a sua área de trabalho?**Há quantos meses você trabalha em sua área atual?**

(quantidade aproximada de meses)

Você tem algum familiar ou amigo próximo que já foi diagnosticado com algum transtorno psiquiátrico?

Se sim, qual seria o diagnóstico?

- Não
- Sim

Você faz acompanhamento com psicoterapeuta ou psiquiatra? Se sim, há quantos meses faz tal acompanhamento?

(se fizer com ambos, preencha o maior tempo de acompanhamento)

- Sim, com psicoterapeuta
- Sim, com psiquiatra
- Sim, com ambos
- Não faço acompanhamento

12 Contatos possíveis particip

Você conhece alguém que poderia participar dessa pesquisa?

Caso conheça alguma pessoa que possa ter interesse em participar, escreva o e-mail dela abaixo para que possamos entrar em contato.

13 Final page

Obrigado por sua participação!

Caso tenha dúvidas, críticas ou sugestões, por favor, entre em contato através do e-mail: joaopam@ufba.br, ou através do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (Rua Prof. Aristides Novis, 197 - Federação, Salvador - BA, 40210-909).
