

ATITUDES FRENTE AO DOENTE MENTAL: UM ESTUDO DA INFLUÊNCIA DO NÍVEL DE COMPORTAMEN- TOS SINTOMÁTICOS E DO SEXO DE PACIENTES PSIQUIÁTRI- COS SOBRE AS ATITUDES DE SEUS FAMILIARES. (*)

ANALUIZA MENDES PINTO NOGUEIRA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DA UFC

Investiga a influência do nível de comportamentos sintomáticos e do sexo de pacientes psiquiátricos, atendidos em Fortaleza-Ce, sobre as atitudes de seus familiares em relação ao doente mental. As atitudes foram medidas pela Escala de Atitudes frente ao Doente Mental — ADM, e os comportamentos sintomáticos — máximo, moderado e mínimo — foram avaliados segundo a percepção dos familiares, mediante a utilização de itens selecionados da Escala - ADMS. Os resultados são consistentes com muitas pesquisas, inclusive estudos brasileiros, que evidenciaram atitudes de caráter negativo em relação ao doente mental. Confirmam também a influência do nível de comportamentos sintomáticos apresentado pelos pacientes sobre as atitudes de seus familiares, na medida em que, de modo geral, quanto maior o nível destes comportamentos, mais negativos as atitudes. No que se refere à variável *sexo do paciente*, os resultados contrariam as indicações dos estudos que focalizaram tal variável, revelando apenas uma tendência no sentido previsto de que os familiares de pacientes masculinos expressem atitudes mais negativas em relação ao doente mental, quando comparados aos familiares de pacientes femininos. Os resultados são discutidos com base na situação sócio-econômico-cultural peculiar da amostra.

1. Problema

Nosso interesse quanto ao tema Doença Mental e Atitudes (em relação à mesma) partiu de um estudo preliminar em que analisamos uma série de trabalhos empíricos abordando os efeitos de diversas variáveis sobre as atitudes mantidas pelas pessoas frente à doença e ao doente mental (Pasquali *et alii*, 1982a). Estes trabalhos serviram-nos de base para a elaboração de um modelo teórico-expli-

(*) Este estudo é um resumo da dissertação de mestrado defendida junto ao Departamento de Psicologia da UnB, sob a orientação do Prof. Jorge Ponciano Ribeiro. Nossos agradecimentos também aos Profs. Luís Pasquali e Maria Alice Magalhães d'Amorim pela colaboração assídua e sugestões.

cativo, numa tentativa de integrar e estabelecer possíveis relações entre os fatores apontados como importantes na determinação das atitudes. Tal modelo (veja fig. 1), como um esboço inicial, representa uma proposta conceitual que requer pesquisas empíricas para a verificação das relações entre as variáveis por ele explici-

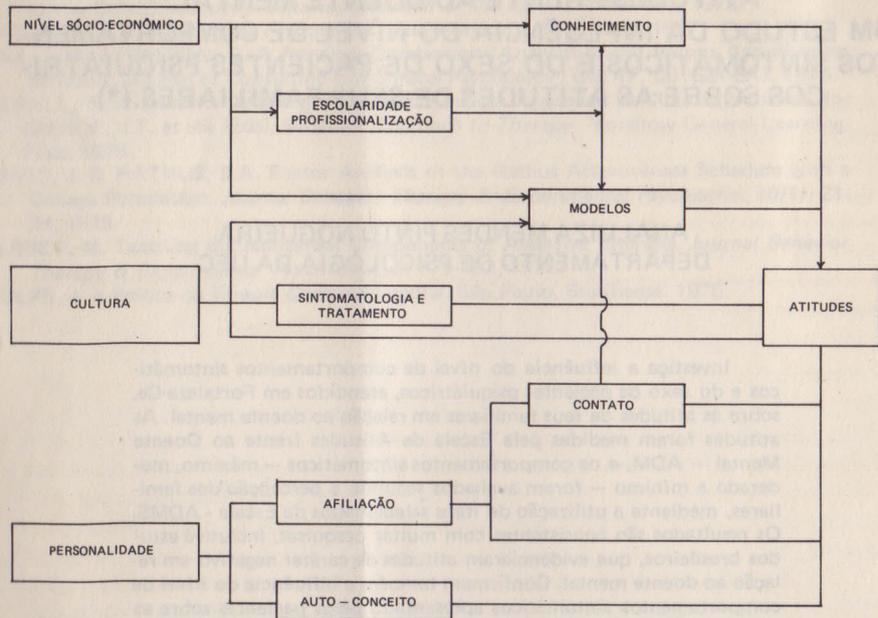


Fig. 1 — Modelo Integrativo das variações que afetam as atitudes p/com a doença mental e ao doente mental.

Fonte: Pasquali et alii., 1982 a.

tadas. Para este fim, elaboramos e validamos uma escala para mensuração das atitudes frente ao doente mental (Pasquali et alii, 1982b), instrumento utilizado no presente estudo.

Tomando, pois, este modelo hipotético como ponto de partida, nos propomos a focalizar uma de suas variáveis — Sintomatologia —, esperando poder contribuir com evidências empíricas para uma mais clara definição de suas implicações sobre as atitudes (*).

Quanto à outra variável — Sexo —, incluída em nosso delineamento e não figurada explicitamente em nosso modelo, consideramos ser um aspecto da variável Personalidade, uma vez que supõe uma definição de masculinidade e feminilidade, definição esta que se integra à identidade pessoal dos indivíduos, na medida em que são por eles incorporados os diferentes papéis sexuais prescritos so-

(*) Duas outras variáveis — Escolaridade e Contato — foram pesquisadas em um estudo anterior (Martins, 1982), que trouxe suporte empírico ao modelo proposto.

cialmente para homens e mulheres. Nesta pesquisa, nosso interesse se liga à variável Sexo do paciente, em particular, uma vez que tais diferentes papéis implicam em diferentes modos de expressão e de conduta — normal ou desviante —, o que pode determinar, conseqüentemente, diferentes formas de avaliação dos indivíduos e de suas condutas, ou, em outras palavras, diferentes atitudes.

Um objetivo de caráter mais prático diz respeito à nossa experiência de trabalho em hospitais psiquiátricos, junto aos pacientes e a seus familiares, em que observávamos as elevadas taxas de reintegração dos pacientes e indagávamos acerca do papel desempenhado pelas famílias no processo de reintegração social dos pacientes.

Assim, reconhecemos que o conhecimento das atitudes dos familiares frente ao doente mental constitui um passo importante no sentido de proporcionar elementos elucidativos para problemas concernentes às intervenções psiquiátricas, podendo contribuir para novos e mais efetivos procedimentos de assistência ao paciente e a seus familiares.

2. Revisão Bibliográfica

A literatura relativa às investigações no campo das atitudes frente à doença e ao doente mental (*) tem revelado um quadro bastante insatisfatório. Os estudos realizados, tanto no Brasil quanto nos demais países, têm relatado constantemente a presença de idéias preconceituosas e de concepções estereotipadas acerca da doença mental; têm observado a existência de sentimentos e de reações de caráter negativo diante do doente mental; e têm denunciado, finalmente, o estigma que ainda hoje se acha associado ao problema. Podemos caracterizar, com base nestes estudos, a “atmosfera atitudinal”, tanto familiar quanto social, como sendo predominantemente negativa. Veja pág. 4

Como a doença mental se torna manifesta, concreta e visivelmente, através dos sintomas, o comportamento se revela um dos principais fatores para o reconhecimento e identificação do fenômeno, assim como o “sinal” para a avaliação de sua remissão. A família interage, primariamente, com uma pessoa que exhibe comportamentos desviantes, ou “doentios”, os quais a afetam sob muitos aspectos. O comportamento sintomático do paciente, portanto, constitui uma variável de extrema relevância na determinação das atitudes do familiar frente ao doente mental.

Com efeito, a partir dos estudos que abordam o comportamento sintomático do paciente e suas implicações para as atitudes, destacamos uma série de as-

(*) Manteremos os termos “doença” e “doente mental” porque é assim que são tratados o fenômeno desviante, ao qual nos referimos, e os indivíduos que o exibem. (Swingle, 1965; Bentink, 1967; Mayo et alii, 1971; Rabkin, 1974; Calhoun et alii, 1977; Vannicelli et alii, 1980; Amorim, 1981, 1982a, b; Moura Fé & Sampaio, 1982.) Yarrow et alii, 1955a, b; Schwartz, 1957; Davis et alii, 1957; Freeman & Simmons, 1958, 1961; Freeman, 1961; Deykin, 1961; Leob et alii, 1968; Kreisman & Joy, 1974; Hatfield, 1978). (Phillips, 1964; Phillips & Segal, 1969; Farina & Hagelauer, 1975; Horwitz, 1977; Jones & Cochrane, 1981).

pectos envolvidos na questão. No quadro sinóptico representado pela figura 2, propomos então, de modo esquematizado, como tais fatores influenciam as atitudes. Seus efeitos são mediados pelas expectativas que a família mantém acerca do nível de desempenho do paciente, pela percepção que tem do desvio e pelas suas vivências pessoais vinculadas ao nível de ajustamento do paciente às normas do ambiente familiar e suas implicações para a organização e dinâmica familiares.

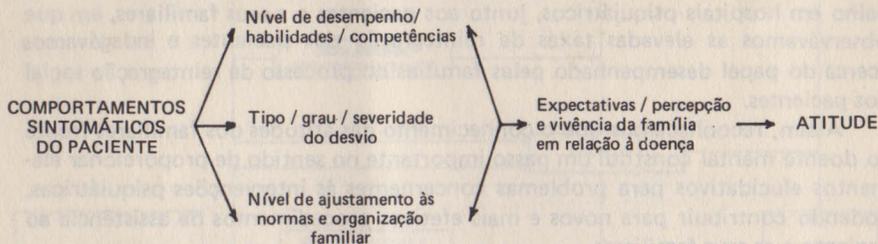


Fig. 2 — Representação esquemática dos fatores relacionados aos comportamentos sintomáticos do paciente e ao modo da família lidar com a doença, determinando suas atitudes.

A variável sexo do paciente tem sido abordada sob o ângulo dos fatores culturais ligados aos diferentes papéis sexuais socialmente prescritos para homens e mulheres. De modo sumarizado, as evidências indicam que, diferentemente do que ocorre no caso dos pacientes masculinos, as atitudes diante do paciente feminino assumem um caráter mais positivo, o que se deve a (veja figura 3).

a) o comportamento normal feminino não é tão dissimilar do comportamento considerado patológico ("conformação social"), o que leva à menor visibilidade do desvio;

b) as mulheres são treinadas para uma função de expressividade mais do que de produtividade ou instrumentação, acarretando maior tolerância à sua incompetência social;

c) um papel benevolente é atribuído à mulher, resultando em maior aceitação do desvio, enquanto que o papel agressivo permitido ao homem resulta em reações de medo;

d) a noção de fraqueza associada à doença cria, no caso do homem, a qual representa o "ideal de saúde", uma incongruência entre seu autoconceito e a doença, o que não se dá no caso da mulher, a que é atribuído um papel de fragilidade. (Figura 3)

3. Metodologia

3.1 Hipóteses

Considerando a literatura sobre o tema, que reporta uma atmosfera social e familiar negativa em relação ao doente mental, hipotetizamos que:

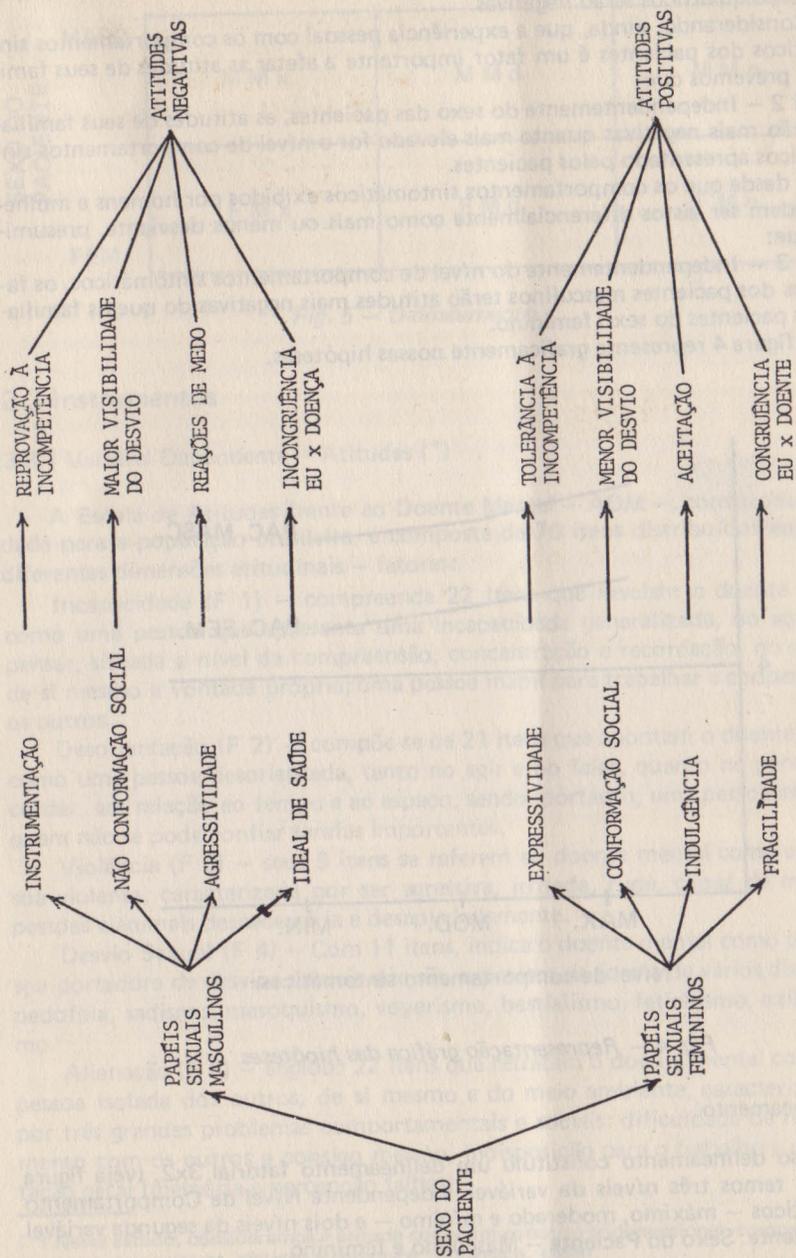


Fig. 3 — Representação esquemática dos fatores de papéis sexuais determinantes das atitudes ao doente mental masculino e feminino.

H 1 — As atitudes frente ao doente mental mantidas pelos familiares dos pacientes psiquiátricos serão negativas.

Considerando, ainda, que a experiência pessoal com os comportamentos sintomáticos dos pacientes é um fator importante a afetar as atitudes de seus familiares, prevemos que:

H 2 — Independentemente do sexo das pacientes, as atitudes de seus familiares serão mais negativas quanto mais elevado for o nível de comportamentos sintomáticos apresentado pelos pacientes.

E desde que os comportamentos sintomáticos exibidos por homens e mulheres podem ser vistos diferencialmente como mais ou menos desviante, presumimos que:

H 3 — Independentemente do nível de comportamentos sintomáticos, os familiares dos pacientes masculinos terão atitudes mais negativas do que os familiares dos pacientes do sexo feminino.

A figura 4 representa graficamente nossas hipóteses.

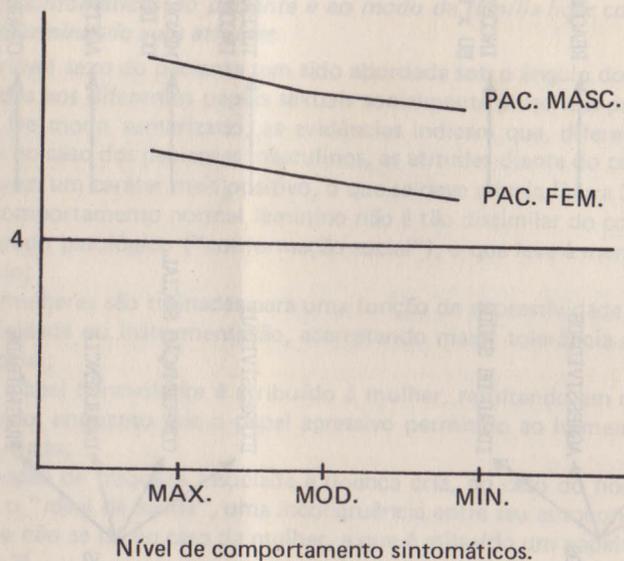


Fig. 4 — Representação gráfica das hipóteses.

3.2 Delineamento

Nosso delineamento constituiu um delineamento fatorial 3x2, (veja figura 5), onde temos três níveis da variável independente Nível de Comportamento Sintomáticos — máximo, moderado e mínimo — e dois níveis da segunda variável independente: Sexo do Paciente — Masculino e feminino.

		MÁXIMO	MODERADO	MÍNIMO
SEXO DO PACIENTE	MASC.	M M x	M M d	M M n
	FEM.	F M x	F M d	F M n

Fig. 5 — Delineamento

3.3 Instrumentos

3.3.1 Variável Dependente — Atitudes (*)

A Escala de Atitudes frente ao Doente Mental — ADM —, construída e validada para a população brasileira, é composta de 70 itens distribuídos em cinco diferentes dimensões atitudinais — fatores:

Incapacidade (F 1) — compreende 22 itens que revelam o doente mental como uma pessoa que apresenta uma incapacidade generalizada, no agir e no pensar, situada a nível da compreensão, concentração e recordação, no cuidado de si mesmo e vontade própria; uma pessoa inábil para trabalhar e cooperar com os outros.

Desorientação (F 2) — compõe-se de 21 itens que apontam o doente mental como uma pessoa desorientada, tanto no agir e no falar, quanto no pensar e recordar, em relação ao tempo e ao espaço, sendo, portanto, uma pessoa associada a quem não se pode confiar tarefas importantes.

Violência (F 3) — seus 9 itens se referem ao doente mental como uma pessoa violenta, caracterizada por ser agressiva, irritada, rude, capaz de maltratar pessoas e animais desnecessária e desapiedadamente.

Desvio Sexual (F 4) — Com 11 itens, indica o doente mental como uma pessoa portadora de desvios sexuais que são expressos na forma de vários distúrbios: pedofilia, sadismo, masoquismo, voyerismo, bestialismo, fetichismo, exibicionismo.

Alienação (F 5) — engloba 22 itens que retratam o doente mental como uma pessoa isolada dos outros, de si mesmo e do meio ambiente, caracterizando-se por três grandes problemas comportamentais e sociais: dificuldade de relacionamento com os outros e consigo mesmo, indisposição para o trabalho e desorientação geral (memória e percepção falhas).

(*) Neste estudo, consideramos a atitude como um conceito tridimensional, compreendendo os aspectos cognitivos, afetivos e conativos (Rockeach, 1968).

Os itens da ADM expressam formas comportamentais consideradas como manifestações típicas da doença mental e foram formulados com base na psicopatologia convencional e na literatura referente às crenças, concepções e estereótipos populares acerca do doente mental. Sendo assim, seus itens eliciam a avaliação que as pessoas fazem a respeito de certos atributos associados ao doente mental.

A ADM é uma escala de formato bipolar, onde as respostas são dadas em um contínuo que vai de 1 = discordo totalmente, até 7 = concordo totalmente, passando por um ponto neutro 4 = não sei se concordo ou se discordo. Assim, como os itens enunciam aspectos de cunho negativo, os escores mais altos, indicando concordância com os conceitos por eles expressos, denotam atitudes negativas.

3.3.2 Adaptação da ADM

Uma vez que a ADM foi validada para uma amostra de nível de escolaridade secundário, e tendo em vista a amostra a que se destinaria no presente estudo, caracterizada por sujeitos de naturalidade cearense e por baixo nível sócio-econômico (renda e escolaridade), a escala foi submetida a um processo de adaptação, o qual constou de duas etapas: análise semântica dos itens e análise de consistência interna dos itens alterados em função da análise semântica realizada.

A tabela 1 apresenta os dados resultantes das análises estatísticas efetivadas, tanto da ADM em sua forma original, quanto em sua forma adaptada. Estes resultados, onde os índices de precisão são altamente significativos para todos os fatores da escala, nos asseguram quanto à sua validade de construto e quanto ao caráter puramente semântico das alterações feitas em seus itens, não comprometendo, desta forma, suas propriedades psicométricas.

Média, Desvio Padrão e Coeficiente α de Precisão obtidos para os fatores da ADM em sua forma original N = 1924 e adaptada N = 60.

Fatores	Caráter	N.º de Itens	Descrição	\bar{X}		DP		α (Precisão)	
				Original	Adaptada	Original	Adaptada	Original	Adaptada
1	Unipolar	22	Incapacidade	3,56	5,03	0,36	0,30	0,92	0,80
2	Unipolar	21	Desorientação	4,11	5,13	0,22	0,26	0,91	0,88
3	Unipolar	09	Violência	3,53	4,91	0,92	0,33	0,79	0,86
4	Unipolar	11	Dev. Sexual	3,49	4,60	0,29	0,18	0,84	0,87
5	Unipolar	22	Alienação	2,76	4,47	0,91	0,48	0,91	0,89

Fonte: Pasquali et alli., 1982 b.

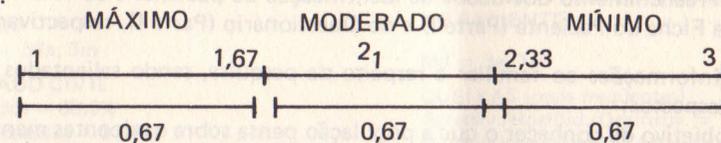
3.3.3 Variável Independente – Comportamentos Sintomáticos

Com o propósito de obter dados objetivos a respeito dos comportamentos sintomáticos apresentados pelos pacientes, segundo a percepção de seus familiares, e comparáveis aos dados da atitude, 35 itens da ADM foram selecionados,

tendo em vista sua representatividade dentro dos diversos aspectos compreendidos em cada um de seus fatores. O critério adotado para tal seleção baseou-se no conteúdo semântico dos itens e na correlação item-fator, tendo por base a ADM em sua forma adaptada.

Para garantir a representatividade estatística dos itens selecionados, foi realizada, posteriormente, nova análise de consistência interna. As correlações item-fator obtidas, devido ao seu alto nível de significância para todos os itens selecionados ($p < 0,01$), indicam a adequação de seu emprego com esta nova finalidade, qual seja, a de verificar a sua aplicabilidade aos comportamentos sintomáticos dos pacientes.

A ADMS, como denominamos este instrumento derivado da ADM, tem suas próprias instruções e as respostas são dadas em uma escala de 3 pontos, onde 1 = aplica-se muito, 2 = aplica-se moderadamente e 3 = não se aplica. Para estabelecermos os intervalos destes pontos, correspondentes a cada um dos três níveis de comportamentos sintomáticos, a escala foi dividida em três partes iguais, como segue:



A investigação dos comportamentos sintomáticos apresentados pelos pacientes foi realizada através de uma segunda fonte de informações: o relato livre do familiar a respeito dos sintomas do paciente. Estas informações foram, posteriormente, agrupadas em 16 diferentes categorias descritivas de comportamentos sintomáticos, as quais designamos como Queixas, e foram utilizadas, no presente estudo, apenas como fonte de comparação para os dados resultantes da ADMS. Pelas correlações obtidas entre as duas medidas dos comportamentos sintomáticos dos pacientes, foi verificada a congruência entre ambas as informações.

3.4 Procedimentos

A amostra de familiares de pacientes psiquiátricos foi obtida de dois hospitais de Fortaleza: o Instituto de Psiquiatria do Ceará – IPC – e o Hospital de Saúde Mental de Messejana – HSMM. Ambos os hospitais contam com um Serviço de Emergência Psiquiátrica, credenciado pelo INAMPS, e realizam atendimentos de urgência e triagem dos pacientes para tratamento hospitalar ou ambulatorial, cobrindo a assistência psiquiátrica da cidade.

A sistemática de trabalho empregada para a coleta de dados diferiu em relação aos dois hospitais, devido às próprias características do funcionamento de cada um deles.

Como havia de nossa parte um interesse inicial em estudar as atitudes de familiares de pacientes em primeira internação psiquiátrica, este foi o primeiro critério adotado para seleção dos sujeitos. Devido à dificuldade enfrentada para

conseguirmos os sujeitos, porém, decidimos incluir na amostra os familiares de pacientes com internações psiquiátricas anteriores. Uma vez que tal decisão foi tomada depois de dois meses de iniciado o trabalho, mantivemos o mesmo procedimento de amostragem, traçado com base naquele critério de seleção. Além disso, observamos os seguintes requisitos: familiares convivendo com o paciente até, no mínimo, os últimos três meses antes da internação atual; pacientes com, no mínimo, 15 anos de idade; pacientes encontrando-se internados no momento da entrevista.

Os sujeitos eram atendidos pela pesquisadora à medida em que se apresentavam para a entrevista. No caso do IPC, eram diretamente encaminhados pelos médicos, assistentes sociais ou atendentes; no caso do HSMM, seu comparecimento ao hospital era solicitado pela pesquisadora através de memorando expedido pelo Correio.

Os passos seguidos durante a entrevista foram os seguintes:

1. Preenchimento dos dados de identificação do paciente e do familiar, contidos na Ficha do Paciente (Parte I) e no Questionário (Parte I), respectivamente.

2. Informações ao familiar a respeito da pesquisa, sendo salientados os seguintes aspectos:

- objetivo de conhecer o que a população pensa sobre os doentes mentais;
- pesquisa não relacionada diretamente com o caso do paciente em particular ou com sua situação no hospital.

3. Aplicação da ADM:

a) Leitura das instruções, dando-se ênfase a:

- anonimato
- modo de registro das respostas
- uso geral do termo "doente mental", referindo-se a homens e mulheres;

b) Leitura dos itens:

Era colocada à frente do sujeito uma folha contendo as alternativas de resposta; para aqueles que não sabiam ler, era perguntado, a cada item, se concordavam ou não com a frase e, em seguida, lidas as três alternativas correspondentes à sua resposta de concordância ou de discordância. As respostas eram registradas pela pesquisadora.

4. Preenchimento do Questionário (Parte II: Dados da Doença do Paciente e da Relação Familiar-Paciente; Parte III: ADMS), quando o sujeito era assegurado de que as informações por ele fornecidas seriam utilizadas apenas para a pesquisa.

A consulta ao prontuário do paciente para anotação dos dados nele contidos (diagnóstico e estado do paciente), referentes à Parte II da Ficha do Paciente, era feita depois de três dias, no mínimo, da internação, quando o paciente já passara do período de observação (72 horas), período em que a impressão diagnóstica emitida no momento da consulta inicial é reavaliada.

3.5 A Amostra

O número total de sujeitos incluídos na nossa amostra final foi de 89 familiares.

Os principais dados referentes aos familiares amostrados e a seus pacientes estão detalhados nas tabelas abaixo, (2 e 3), revelando que nossa amostra é bastante representativa da população psiquiátrica previdenciária de Fortaleza (Miranda, 1980).

TABELA 2
DADOS DA AMOSTRA
— FAMILIARES —

Sexo	RENDA MENSAL
Masculino — 27,0%	Md = 18.000,00
Feminino — 73,0%	TEMPO CONVÍVIO COM DOENÇA DO PACIENTE
IDADE	Md = 3a, 7m
Md = 37a, 3m	QUEIXAS (mais freqüentes)
ESTADO CIVIL	Agressiv./Hostilid./Destrutiv. = 76,4%
Casados = 68,6%	Queixas Somáticas = 71,9%
Não casados = 31,4%	Agitação/Compulsão = 55,1%
ESCOLARIDADE	Idéias — Compt.º Delirant/Aluc. = 52,8%
Não alfabetizados = 25,8%	Desorientação = 42,7%
Semi-alfabetizados = 16,9%	Irritab./Nervosismo = 41,6%
Primário = 34,8%	CONCEITO DOENÇA (mais freqüente)
Ginásio = 11,2%	Doença dos nervos = 31,5%
Secundário = 11,2%	Problemas Cabeça = 25,8%
PARENTESCO	Doença Mental = 19,1%
Pai/Mãe = 27,0%	EXPLICAÇÃO DOENÇA (mais freqüente)
Cônjuge = 25,8%	Questões Trabalh./Finanç. = 14,6%
Irmão (ã) = 22,5%	Conflito Afet./Familiar = 10,1%
Filho (a) = 10,1%	"Não sei" = 14,6%
Outros = 14,6%	Sem motivo aparente = 11,2%
RESIDÊNCIA	OPINIÃO SOBRE INTERNAÇÃO
Fortaleza = 70,8%	Positiva = 78,7%
Outros Munic. = 29,2%	Negativa = 17,9%
NATURALIDADE	EXPECTATIVA ACERCA INTERNAÇÃO
Fortaleza = 24,7%	Positiva = 85,3%
Outros Munic. = 65,2%	Negativa = 11,2%
TEMPO RESIDÊNCIA EM FORTALEZA	NÍVEL PERTURBAÇÃO
Md = 15a, 6m	Alto = 66,3%
OCUPAÇÃO (mais freqüente)	Baixo = 14,6%
Tarefas domésticas = 27,0%	Ausente = 19,1%
Serviços Gerais = 13,5%	
Trabalhos normais = 11,2%	
Aposentado = 9,0%	
Desempregado = \$ 6,7%	

NÍVEL GRAVIDADE
 Alto = 58,4%
 Baixo = 28,1%
 Ausente = 10,1%

RELACIONAMENTO
 Bom = 68,5%
 Regular = 24,7%
 Precário = 6,7%

AGRESSIVIDADE
 Sim = 29,2%
 Não = 70,8%

VISITA
 Sim = 80%
 Não = 20%

TABELA 3

DADOS DA AMOSTRA

PACIENTES

SEXO
 Masculino = 56,2%
 Feminino = 43,8%

IDADE
 Md = 30 anos

ESCOLARIDADE
 Não alfabetizado = 31,5% 48,4%
 Semi alfabetizado = 16,9%
 Primário = 40,4%
 Ginásio = 9,0%
 Secundário = 2,2%

SITUAÇÃO OCUPACIONAL
 Sem ocupação = 33,7% 51,6%
 Afastado = 17,9%
 Tarefas domésticas = 12,4%
 Trabalhador rural = 7,9%

RENDA MENSAL
 Md = 14,920,00

RESIDÊNCIA
 Fortaleza = 69,7%
 Outro Município = 30,3%

NATURALIDADE
 Fortaleza = 28,1%
 Outro Município = 71,9%

TEMPO RESIDÊNCIA EM FORTALEZA
 Md = 12a, 3m

SITUAÇÃO DE TRATAMENTO
 1.ª Internação = 58,4%
 Tratamento Ambulat. = 25,0%
 N.º Intern. Anterior - md = 3
 Tempo Última Intern. - Md = 1a, 2m
 Tempo Tratam. Ambul. - Md = 3a, 3m

DIAGNÓSTICO
 Neurose = 36,0%
 Psicose = 64,0%

4. Resultados

Do exame das médias fatoriais da amostra total de sujeitos e de cada grupo, por sexo do paciente e nível de comportamentos sintomáticos (veja tabela 4 e figuras 6 e 7)*, podemos destacar os seguintes resultados gerais:

a) As atitudes dos familiares dos pacientes psiquiátricos são nitidamente negativas para todos os fatores da ADM, visto que os escores médios estão acima do ponto neutro da escala.

(*) Para fins de simplificação, os dados são apresentados graficamente a partir do ponto neutro da escala (ponto 4), uma vez que os escores médios de nossos sujeitos foram superiores a este ponto.

b) No tocante à variável Sexo do Paciente, verificamos, segundo o esperado, que as médias fatoriais dos familiares de pacientes masculinos são mais altas do que as médias dos familiares de pacientes femininos, indicando que as atitudes daquele primeiro grupo são mais negativas.

c) Com respeito à variável Nível de Comportamentos Sintomáticos, observamos que quanto mais elevado o nível destes comportamentos mais negativas as atitudes. Constatamos, outrossim, que para o F 3 - Violência - há uma inversão: os familiares de pacientes com nível moderado de comportamentos sintomáticos são aqueles que apresentam escores médios mais baixos, ou seja, atitudes menos negativas.

As análises estatísticas realizadas sobre nossos dados foram:

a) análise de covariância, onde controlamos os efeitos de algumas variáveis sócio-demográficas que se mostraram importantes, estando significativamente correlacionadas com as atitudes (Escolaridade do Paciente e do Familiar, Idade e Sexo do Familiar);

b) teste de contrastes entre os grupos de nível de comportamentos sintomáticos, de modo a localizar as diferenças verificadas entre eles pela análise de covariância.

Os resultados destas análises serão descritos separadamente para cada um dos fatores da ADM.

TABELA 4

Média e Desvio Padrão dos grupos de familiares, por sexo do paciente e por nível de comportamentos sintomáticos do paciente, para cada fator da ADM.

FATORES ADM/ ESTATÍSTICOS	SEXO DO PACIENTE		COMPORTAMENTOS SINTOMÁTICOS A D M S			TOTAL (89)
	M (50)	F (39)	MÁX. (n)	MOD. (n)	MÍN. (n)	
1						
\bar{x}	5,68	5,50	6,07	5,52	5,40	5,60
DP	0,92	0,81	0,76 (22)	0,85 (26)	0,86 (41)	0,87
2						
\bar{x}	5,79	5,66	6,18	5,74	5,49	5,73
DP	0,80	0,71	0,73 (19)	0,62 (33)	0,80 (37)	0,76
3						
\bar{x}	5,80	5,53	5,89	5,41	5,64	5,68
DP	0,81	0,82	0,81 (41)	0,92 (30)	0,49 (18)	0,82
4						
\bar{x}	4,80	4,59	4,81	4,76	4,69	4,71
DP	1,05	0,84	0,64 (2)	1,38 (3)	0,98 (80)	0,97
5						
\bar{x}	5,25	4,89	5,64	5,50	4,87	5,10
DP	1,05	0,90	0,99 (9)	0,86 (21)	0,99 (59)	1,00

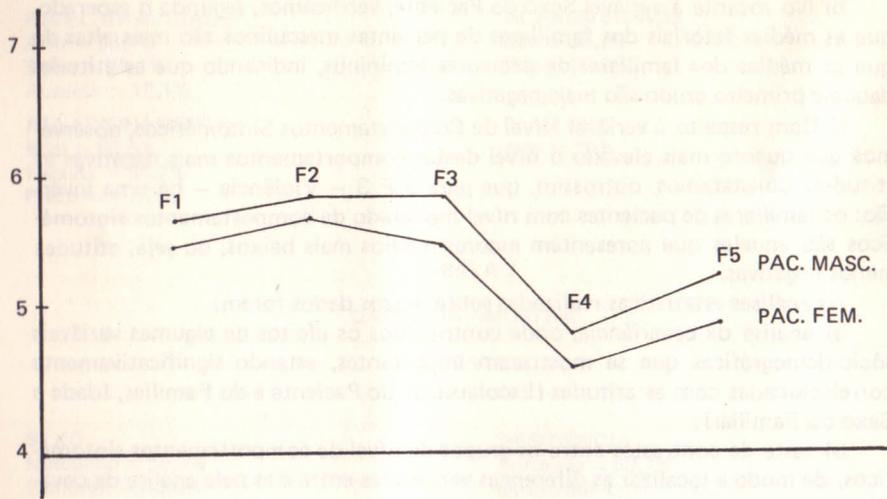


Fig. 6 — Médias obtidas para familiares de pacientes masculinos e femininos nos cinco fatores da ADM.

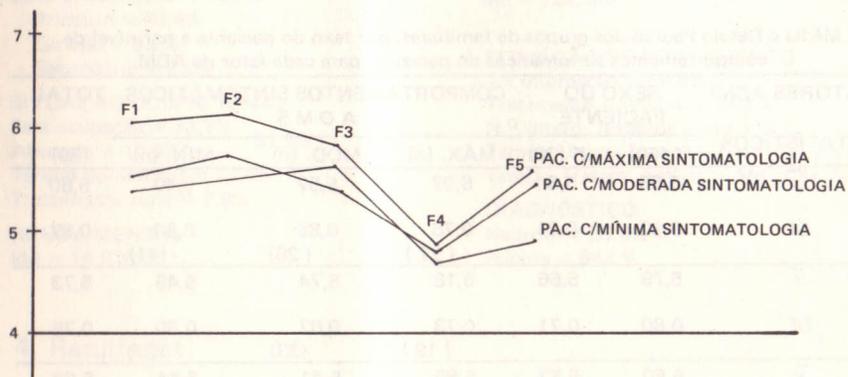


Fig. 7 — Médias obtidas para familiares de pacientes, nos cinco fatores da ADM, por nível de comportamentos sintomáticos.

No que tange ao F1 — Incapacidade —, podemos observar pelos escores médios (veja tabela 5 e figura 8) que nossos dados tomam o sentido previsto, ou seja, os familiares de pacientes masculinos e com um máximo de comportamentos sintomáticos que refletem incapacidade foram os sujeitos que manifestavam atitudes mais negativas.

TABELA 5

Médias dos escores no F1 — Incapacidade —, por nível de comportamentos sintomáticos e sexo do paciente.

X (n)	M	F
Mx	6,10 (10)	6,05 (12)
Md	5,68 (16)	5,27 (10)
Mn	5,50 (24)	5,25 (17)

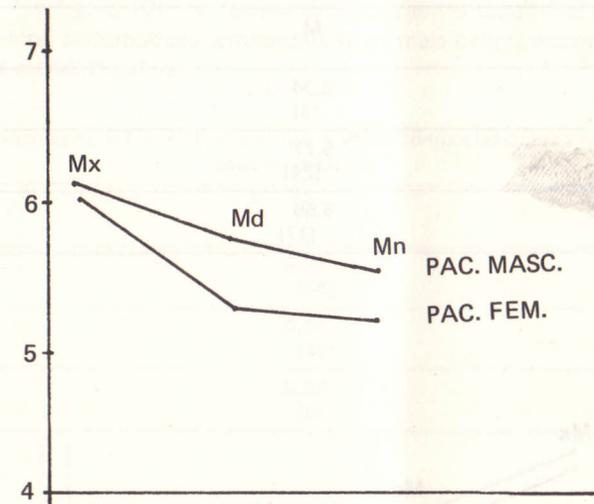


Fig. 8 — Escores médios no F1 Incapacidade —, por nível de comportamentos sintomáticos e sexo do paciente.

A análise de covariância, contudo, nos mostrou que a variável Sexo do Paciente não produziu efeitos significativos sobre as atitudes dos familiares [F(1 e 79) = 1,152; p = 0,286], ao passo que a variável Comportamentos Sintomáticos mostrou ter um efeito ainda importante, quase significativo, sobre as atitudes [F(2 e 79) = 2,827; p = 0,065]. Esta variável explicou 5,29% (Eta²) da variância observada nas atitudes dos familiares, enquanto que todas as variáveis consideradas nesta análise explicaram em conjunto 37,21% (R²) da variância total.

O teste de contrastes nos revelou diferenças significativas entre os grupos de máxima e mínima sintomatologia ($p < 0,01$) e entre os grupos de máxima e moderada sintomatologia ($p < 0,05$).

Diante de tais evidências, podemos afirmar que, independentemente do sexo dos pacientes, mas dependendo do nível de comportamentos sintomáticos de incapacidade por eles apresentado, as atitudes dos familiares tenderão a ser menos ou mais negativas, conforme este nível seja moderado/mínimo ou máximo, respectivamente.

Com referência ao F2 – *Desorientação* –, vemos que os escores médios obtidos tomam também o sentido por nós esperado (veja tabela 6 e figura 9).

TABELA 6

Médias dos escores no F2 – *Desorientação* –, por nível de comportamentos sintomáticos e sexo do paciente.

\bar{X} (n)	M	F
Mx	6,24 (9)	6,12 (10)
Md	5,71 (24)	5,84 (9)
M	5,65 (17)	5,35 (20)

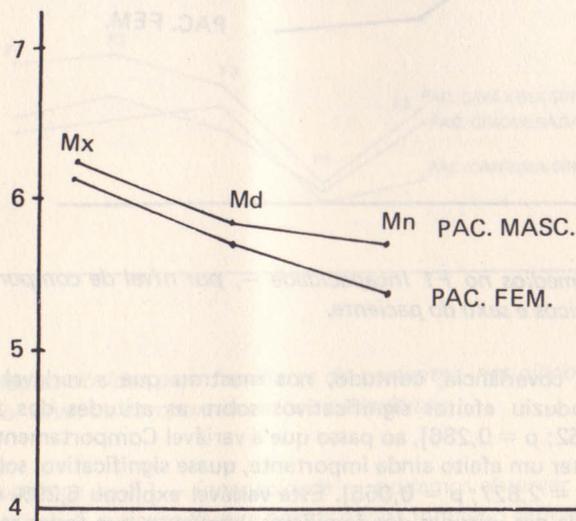


Fig. 9 – Escores médios no F2 – *Desorientação* –, por nível de comportamentos sintomáticos e sexo do paciente.

A partir da análise de covariância, observamos que a variável Sexo do Paciente não teve qualquer efeito significativo sobre as atitudes $F(1 \text{ e } 79) = 0,270$; $p = 0,605$, enquanto que a variável Comportamentos Sintomáticos teve um efeito bastante grande $F(2 \text{ e } 79) = 3,666$; $p = 0,030$. Tal variável explicou 6,76% (Eta^2) da variância das atitudes, sendo que a variância total foi da ordem de 31,36% (R^2).

O teste de contrastes revelou diferenças significativas entre os grupos de máxima e mínima sintomatologia ($p 0,01$) e entre os grupos de máxima e moderada sintomatologia ($p 0,05$).

O que nos indicam estes dados é que, independentemente do sexo dos pacientes, mas em função do nível de comportamentos de desorientação que eles apresentam, as atitudes de seus familiares serão menos ou mais negativas, conforme este nível seja moderado/mínimo ou máximo, respectivamente.

No que concerne ao F3 – *Violência* –, verificamos uma relação peculiar (veja tabela 7 e figura 10): os familiares de pacientes com nível moderado de comportamentos sintomáticos apresentaram os mais baixos escores médios, ou seja, atitudes menos negativas.

TABELA 7

Médias dos escores no F3 – *Violência* –, por nível de comportamentos sintomáticos e sexo do paciente.

\bar{X} (n)	M	F
Mx	6,03 (24)	5,70 (17)
Md	5,44 (18)	5,37 (12)
Mn	5,89 (8)	5,44 (10)

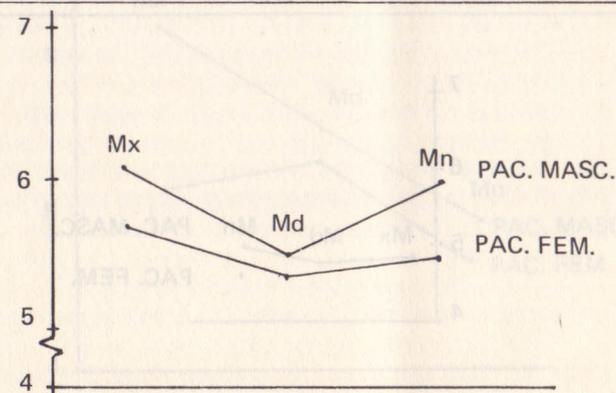


Fig. 10 – Escores médios no F3 – *Violência* –, por nível de comportamentos sintomáticos e sexo do paciente.

Os resultados da análise de covariância, neste fator, nos indicaram que a variável Sexo do Paciente não teve efeitos significativos sobre as atitudes [$F(1 \text{ e } 79) = 1,818; p = 0,181$]. A variável Comportamentos Sintomáticos, por sua vez, apresentou efeitos altamente significativos [$F(2 \text{ e } 79) = 6,167; p = 0,03$], sendo responsável por 9,61% (Eta^2) da variância das atitudes; a variância total foi da ordem de 39,69% (R^2).

O teste de contrastes apontou diferenças significativas entre os grupos de máxima e moderada sintomatologia ($p < 0,01$).

Diante de tais constatações podemos dizer que, independentemente do sexo dos pacientes, e dependendo do nível de comportamentos sintomáticos que eles apresentam, as atitudes de seus familiares serão menos ou mais negativas: serão similarmente mais negativas se o paciente apresentar comportamentos violentos a nível máximo ou mínimo; por outro lado, serão menos negativas caso estes comportamentos sejam a nível moderado.

Em relação ao F 4 — *Desvio Sexual* —, podemos verificar pela tabela 8 e figura 11, que não existem casos de pacientes femininos exibindo comportamentos sexualmente desviantes a nível máximo nem moderado, e que o número de pacientes masculinos em tais grupos é extremamente reduzido.

TABELA 8

Médias dos escores no F4 — *Desvio Sexual* —, por nível de comportamentos sintomáticos e sexo do paciente.

\bar{X} (n)	M	F
Mx	4,82 (2)	0
Md	4,76 (3)	0
Mn	4,82 (44)	4,54 (36)

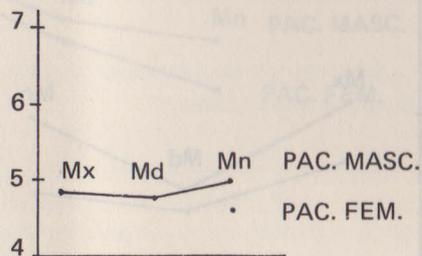


Fig. 11 — Escores médios no F4 — *Desvio Sexual* —, por nível de comportamentos sintomáticos e sexo do paciente.

A análise estatística destes dados nos revelou que nem a variável sexo do Paciente, nem a variável Comportamentos Sintomáticos tiveram quaisquer efeitos importantes sobre as atitudes: $F(1 \text{ e } 77) = 0,417; p = 0,520$ para sexo e $F(2 \text{ e } 77) = 0,148; p = 0,862$ para comportamentos sintomáticos.

Todas as variáveis consideradas nesta análise explicaram apenas 16% da variância total das atitudes (R^2).

Quanto ao F 5 — *Alienação* —, notamos que, de modo geral, os escores médios dos grupos tomam o sentido esperado, embora haja uma relação peculiar aos familiares de pacientes femininos, os quais apresentaram escores mais elevados quando o nível de comportamentos sintomáticos foi moderado (veja tabela 9 e figura 12).

TABELA 9

Médias dos escores no F5 — *Alienação* —, por nível de comportamentos sintomáticos e sexo do paciente.

\bar{X} (n)	M	F
Mx	6,25 (4)	5,16 (5)
Md	5,60 (13)	5,33 (8)
Mn	5,00 (33)	4,71 (26)

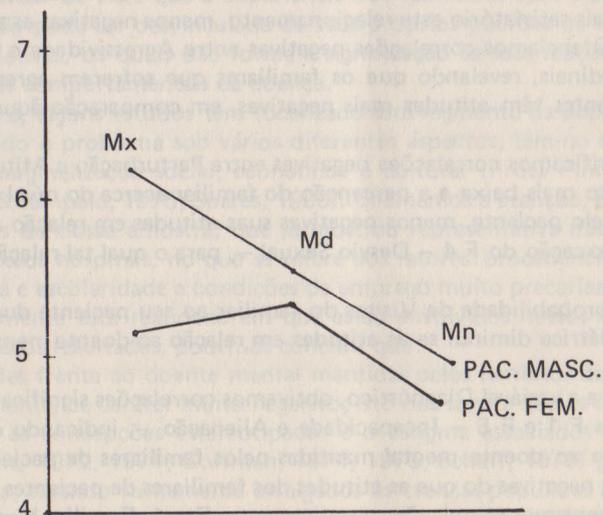


Fig. 12 — Escores médios no F5 — *Alienação* —, por nível de comportamentos sintomáticos e sexo do paciente.

Pela análise de covariância, verificamos que os efeitos das duas variáveis preditivas foram significativos apenas a nível de 10%: $F(1 \text{ e } 79) = 3,701$; $p = 0,084$ para sexo e $F(2 \text{ e } 79) = 2,599$; $p = 0,081$ para comportamentos sintomáticos. A explicação da variância das atitudes neste fator foi da ordem de 4,84 (η^2) para comportamentos sintomáticos, tendo a variável Sexo do Paciente uma pequena participação nesta variância (2,89%); a variância total foi de 32,49% (R^2).

O teste de contrastes demonstrou que existem diferenças significativas entre os grupos de moderada e mínima sintomatologias ($p < 0,01$) e entre os grupos de máxima e mínima sintomatologias ($p < 0,05$).

Estes resultados nos sugerem que há uma tendência a que os familiares de pacientes do sexo masculino sejam mais negativos em suas atitudes diante do doente mental, descrito como uma pessoa alienada. Sugerem-nos, ainda, que as atitudes dos familiares tenderão a ser menos ou mais negativas em função do nível de comportamentos sintomáticos de alienação exibidos pelos seus pacientes, de modo que: se o paciente apresentar tais comportamentos a nível máximo ou moderado, as atitudes serão igualmente negativas; ao passo que, se o paciente apresentá-los a nível mínimo, as atitudes serão significativamente menos negativas.

Verificando, ainda, as possíveis relações entre as atitudes dos familiares frente ao doente mental e nossas variáveis secundárias, obtivemos dados bastante interessantes, no sentido que seria esperado. Dentre eles, destacamos os seguintes:

a) observamos correlações positivas, significativas para todas as dimensões da ADM, entre Relacionamento Familiar-Paciente e Atitudes, indicando que quanto mais satisfatório este relacionamento, menos negativas as atitudes;

b) evidenciamos correlações negativas entre Agressividade e todas as dimensões atitudinais, revelando que os familiares que sofreram agressões diretas de seus pacientes têm atitudes mais negativas, em comparação àqueles que não as sofreram;

c) verificamos correlações negativas entre Perturbação e Atitudes, indicando que, quanto mais baixa a percepção do familiar acerca do nível de perturbação causada pelo paciente, menos negativas suas atitudes em relação ao doente mental, com exceção do F 4 — Desvio Sexual —, para o qual tal relação não foi significativa;

d) a probabilidade de Visitas do familiar ao seu paciente durante a internação psiquiátrica diminui se as atitudes em relação ao doente mental são mais negativas;

e) para a variável Diagnóstico, obtivemos correlações significativas referentes aos fatores F 1 e F 5 — Incapacidade e Alienação —, indicando que as atitudes em relação ao doente mental mantidas pelos familiares de pacientes psicóticos são menos negativas do que as atitudes dos familiares de pacientes neuróticos;

f) observamos correlações negativas entre Renda Familiar Mensal e Atitudes, significando que, quanto menor a renda, mais negativas as atitudes frente ao doente mental descrito como uma pessoa alienada;

g) quanto à variável Estado Civil, observamos que os familiares casados foram mais desfavoráveis em suas atitudes frente ao doente mental, em relação aos fatores F 3 — Violência — e F 5 — Alienação — ($\chi^2 = 3,92$; $p < 0,05$ e $\chi^2 = 4,61$; $p < 0,05$, respectivamente);

h) com referência ao Vínculo de Parentesco, os dados mostraram que os cônjuges dos pacientes foram os mais desfavoráveis em suas atitudes no F 5 — Alienação —, enquanto que os irmãos foram os menos desfavoráveis ($\chi^2 = 5,69$; $p < 0,05$).

5. Conclusão

Com base na revisão dos estudos acerca das atitudes das pessoas frente ao doente mental, pudemos delinear uma atmosfera social e familiar em que prevalecem atitudes negativas. Extraímos daqueles estudos, evidências suficientes de que a experiência dos familiares com os desvios comportamentais de seus pacientes se constitui relevante para suas atitudes. Verificamos, ainda, que tais desvios comportamentais são comumente percebidos de forma diferente em função da pessoa que os exhibe, particularmente, em função do sexo desta pessoa.

Nossos resultados, por seu lado, não chegaram a confirmar certos aspectos destas evidências. No sentido de compreendê-los, portanto, consideramos fundamental atentar para a realidade peculiar da vida de nossos sujeitos e de seus pacientes, os quais constituem a população psiquiátrica previdenciária de Fortaleza. Não podemos perder de vista que a experiência dos familiares com a doença de seus pacientes não pode ser desvinculada de seus próprios padrões de vida, seus valores e expectativas, os quais dão forma e significação às suas reações diante das manifestações comportamentais da doença.

Em Fortaleza, alguns estudos têm focalizado este segmento da população e, embora abordando o problema sob vários diferentes aspectos, têm-no caracterizado por sua marginalização social, econômica e cultural (Frota Pinto, 1974, 1976; Almeida & Sampaio, 1975; Soares, 1980). Chamamos a atenção, pois, para as características de nossa amostra, que se mostrou representativa das famílias atendidas em nossos hospitais, no que se refere aos fatores: procedência interiorana, baixa renda e escolaridade e condições de emprego muito precárias.

Tendo em mente esta realidade em que estão envolvidos nossos sujeitos e com base nos nossos resultados, podemos concluir que:

a) As atitudes frente ao doente mental mantidas pelos familiares dos pacientes são, notadamente, de caráter muito negativo; isto nos sugere que as noções de desqualificação, as concepções estereotipadas e o estigma associados à doença mental (Foucault, 1972, 1974; Goffman, 1974, 1975; Scheff, 1979) perduram em nossa cultura, estando firmemente arraigados às crenças populares acerca do fenômeno e, conseqüentemente, dos indivíduos rotulados como doentes mentais.

b) Estas noções negativas concernentes à doença mental parecem ser reforçadas na experiência dos familiares com os comportamentos sintomáticos exibidos

pelos pacientes, comportamentos estes incompreensíveis e perturbadores, assim como ameaçadores e condenáveis; com efeito, o nível de comportamentos sintomáticos apresentado pelos pacientes é capaz de afetar as atitudes de seus familiares, quando denotando desorientação e violência e, em menor extensão, incapacidade e alienação.

c) Além disso, verificamos que nossos sujeitos consideram que seus pacientes perturbam muito à família, tanto que a sua internação se faz vantajosa, principalmente para a vida familiar. Nossos sujeitos consideram, ainda, que seus pacientes estão gravemente doentes; o fato de os pacientes neuróticos terem sido considerados os mais graves parece confirmar o que se tem dito a respeito de que a gravidade da doença, de acordo com critérios técnicos, não constitui um fator decisivo para as atitudes, sendo o fator principal a visibilidade do desvio ou as contingências situacionais em que ocorre.

d) As contingências sociais, econômicas e culturais extremamente adversas da vida destas famílias, que as colocam numa situação de marginalização social, parecem ter forte influência no estabelecimento das suas atitudes. Com efeito, em relação às dimensões atitudinais de incapacidade e alienação, que são, por assim dizer, apanágio da situação em que se encontra grande parte dos pacientes de nossos sujeitos, uma situação de deficiências primariamente sociais, e levando em conta nossa amostra, onde é baixo o nível sócio-econômico, onde a luta pela sobrevivência é primordial e onde é grande a percentagem de desempregados e desocupados, a incompetência social parece ser um elemento decisivo sobre as atitudes dos familiares, que contam com a contribuição de cada membro da família para maiores recursos financeiros. De fato, os familiares casados e os cônjuges dos pacientes assim como os de mais baixa renda expressaram atitudes mais desfavoráveis em relação ao doente mental na dimensão de alienação. Ademais, os familiares de pacientes neuróticos, os quais se incluem de forma mais características neste contexto em que as forças sociais têm grande peso para o desenvolvimento do distúrbio e, em última análise, os afastam do trabalho e os impossibilitam de retomarem o curso de suas atividades, foram os mais negativos em suas atitudes em relação ao doente mental dito como um incapaz e alienado.

e) O nível de comportamentos sintomáticos de incapacidade e alienação, contudo, parece ter efeitos reduzidos devido, talvez, à utilização que os familiares e seus pacientes fazem destes sintomas para, através do tratamento psiquiátrico, obterem os benefícios do sistema previdenciário.

f) Os comportamentos de violência a nível moderado são, de certa forma, tolerados pelos familiares dos pacientes, sugerindo que a própria realidade e dificuldades de suas vidas exigem deles uma postura ofensiva na luta pela sobrevivência.

g) O sexo do paciente afeta em certa medida as atitudes de seus familiares quando seus comportamentos sintomáticos traduzem alienação, indicando que o desempenho das funções produtivas atribuídas socialmente para este sexo assume papel ainda importante em suas vidas e, por isso, é exigido pelos familiares.

h) Parece haver, contudo, entre os sujeitos socialmente marginalizados, padrões normativos, de valores e expectativas de papéis, diferentes daqueles prescritos pela cultura dominante para os dois sexos.

i) Nossos resultados empíricos trazem apoio ao modelo teórico proposto, no que se refere à influência da Sintomatologia apresentada pelos pacientes sobre as atitudes de seus familiares; salientamos que tal influência se dá em função da percepção dos familiares acerca de certas dimensões de comportamentos sintomáticos dos pacientes.

j) Com respeito à variável Sexo, por nós pesquisada em relação ao paciente, pensamos que esteja estreitamente relacionada à variável Sintomatologia, sendo seus efeitos subordinados aos efeitos desta última; nossos resultados não trazem evidência acerca da necessidade de uma especificação no modelo teórico; não obstante, sentimos a necessidade de novas pesquisas, com amostras mais diversificadas, no sentido de definir com maior precisão as implicações desta variável sobre as atitudes.

Em síntese, as atitudes dos familiares dos pacientes psiquiátricos frente ao doente mental traduzem a sua própria experiência no lidar com os comportamentos desviantes de seus pacientes, o que se constitui uma experiência marcante para estas famílias. No contato direto com estes familiares, durante as entrevistas que realizamos, pudemos sentir o sofrimento destas pessoas por não entenderem o drama de seus pacientes e por se acharem inexoravelmente envolvidas neste drama. Trata-se, indiscutivelmente, de uma experiência dolorosa, vivenciada com perplexidade e angústia. Suas atitudes refletem também as reações de cunho negativo que predominam na sociedade mais ampla em relação ao problema da doença mental. Tais atitudes negativas prevalecem a despeito dos benefícios que possam os familiares receber através da manipulação da doença e da utilização do sistema previdenciário em proveito próprio.

Reputamos de extrema e urgente necessidade maiores estudos acerca desta camada da população, para que possam ser melhor compreendidas a estrutura e dinâmica destas famílias, bem como os processos de identificação e socialização destes indivíduos, o que em muito poderia contribuir para a explicitação de seus próprios referenciais de valores, crenças e expectativa. Entender os conflitos vivenciados por tais pessoas e determinar os fatores antagônicos que concorrem para criá-los, sobretudo o papel que desempenham em seus problemas emocionais, parece-nos de vital importância. Consideramos que tais estudos possam servir de base para a elaboração de programas de apoio a estas famílias, assistindo-as psíquica, social e economicamente, como medida de prevenção à desorganização de suas vidas. Acreditamos que o trabalho junto aos familiares dos pacientes, no sentido de propiciar-lhes apoio diante de suas vivências angustiantes e intensamente frustrantes, represente um passo não apenas em direção e amenizar-lhes o sofrimento e favorecer uma postura mais positiva junto ao paciente, mas também no sentido de conscientizá-los da problemática em que estão envolvidos.

6. Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, G.H. & SAMPAIO, J.J.C. Loucura, migração e pobreza. *Boletim do CEMK*, 10: 1-3, 1975.
- AMORIM, M.A. d'Estudo comparativo da percepção da doença mental pela comunidade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 33: 75-83, 1981.
- , Atitudes de uma comunidade em relação à doença mental. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 1982a (no prelo).
- , Nível sócio-econômico, percepção da doença mental e atitudes em relação ao doente mental. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 1982b (no prelo).
- BENTINCK, C. Opinions about mental illness held by patients and relatives. *Family Process*, 6: 193-207, 1967.
- CALHOUN, L. G. et alii. Situational constraint and type of causal explanation: the effects on perceived "mental illness" and social rejection. *Journal of Research in Personality*, 11: 95-100, 1977.
- DAVIS, J. A. et alii. Rehospitalization and performance level among former mental patients. *Social Problems*, 5: 37-44, 1957.
- DEYKIN, E. The reintegration of the chronic schizophrenic patient discharged to his family and community as perceived by the family. *Mental Hygiene*, 45: 235-46, 1961.
- FARINA, A. & HAGELAUER, H. D. Sex and mental illness: the generosity of females. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43: 122, 1975.
- FOUCALT, M. História da loucura na idade clássica. São Paulo, Perspectiva, 1972.
- , *Doença Mental e psicologia*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975.
- FREEMAN, H. E. & SIMMONS, O. G. Mental patients in the community: family settings and performance levels. *American Sociological Review*, 23: 147-54, 1958.
- FREEMAN, H.E. Attitudes toward mental illness among relatives of former patients. *American Sociological Review*, 26: 59-66, 1961.
- , & SIMMONS, O.G. Feeling of stigma among relatives of former mental patients. *Social Problems*, 8: 312-21, 1961.
- FROTA PINTO, G. Migração e saúde mental no município de Fortaleza. *Revista de Psiquiatria*, XVIII: 13-19, 1974.
- , Prevalência dos distúrbios psiquiátricos sociais no município de Fortaleza. *Revista de Psiquiatria*, XX, 151-55, 1976.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, Perspectiva, 1974.
- , *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro, Zahar, 1975.
- HATFIELD, A.B. Psychological cost of schizophrenia of the family. *Social Work*, 23: 355-59, 1978.
- HORWITZ, A. The pathways into psychiatric treatment: some differences between men and women. *Journal of Health and Social Behavior*, 18: 169-78, 1977.
- JONES, L. & COCHRANE, R. Stereotypes of mental illness: a test of the labelling hypothesis. *International Journal of Social Psychiatry*, 27: 99-107, 1981.
- KREISMAN, D.G. & JOY, V.D. Family response to the mental illness of a relative: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 10: 35-57, 1974.
- LOEB, A. et alii. The influence of diagnostic label and degree of abnormality on attitudes toward former mental patients. *Community Mental Health Journal*, 4: 334-39, 1968.
- MARTINS, A.E.O. *Atitudes frente ao doente mental: influência do tipo de contato e do nível de escolaridade*. Dissertação apresentada no Curso de Pós-Graduação em Psicologia, UnB, 1982.
- MAYO C. et alii. Attitudes toward mental illness among psychiatric patients and their wives. *Journal of Clinical Psychology*, 27: 128-32, 1971.
- MIRANDA, A.C.P. Aspectos do perfil sócio-econômico do paciente psiquiátrico previdenciário. *Revista do CEMK*, 1: 67-75, 1980.

- MOURA FÉ, N. & SAMPAIO, J.J.C. *Pesquisa sobre epidemiologia psiquiátrica em Messejana*. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará — Fundação de Saúde do Estado do Ceará — Hospital de Saúde Mental de Messejana, 1981.
- PASQUALLI, L. et alii. Atitudes frente ao doente mental: elaboração de um modelo integrativo. *Psicologia Clínica e Psicoterapia*, 1982a (no prelo).
- , et alii. Escala de atitudes frente ao doente mental. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 1982b (no prelo).
- PHILLIPS, L. Rejection of the mentally ill: the influence of behavior and sex. *American Sociological Review*, 29: 679-89, 1964.
- , & SEGAL, B.E. Sexual status and psychiatric symptoms. *American Sociological Review*, 34: 58-72, 1969.
- RABKIN, J.G. Public attitudes toward mental illness: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 10: 9-33, 1974.
- ROKEACH, M. The nature of attitudes. In: *Beliefs, attitudes, and values*. San Francisco, Jossey-Bass, 1968.
- SCHOFF, T.J. O papel do doente mental e a dinâmica do distúrbio mental. In: MILLON, T. *Teorias da psicopatologia e personalidade*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979.
- SCWARTZ, C.G. Perspectivas on deviance — wives' definitions of their husbands' mental illness. *Psychiatry*, 19 20: 275-91, 1957.
- SOARES, S.S.F. *Enlouquecer para sobreviver — manipulação de uma identidade estigmatizada como estratégia de sobrevivência*. Dissertação apresentada no Curso de Pós-Graduação em Antropologia. UnB, 1980.
- SWINGLE, P.G. Relatives' concepts of mental patients. *Mental Hygiene*, 49: 461-5, 1965.
- VANNICELLI, M. Family attitudes toward mental illness: immutable with respect to time, treatment settings, and outcome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50: 151-5, 1980.
- YARROW, M.R. et alii The psychological meaning of mental illness in the family. *Journal of Social Issues*, XI: 12-24, 1955a.
- , et alii. The social meaning of mental illness. *Journal of Social Issues*, XI: 33-48, 1955b