

# ATITUDES FRENTE AO DOENTE MENTAL:

## O Conhecimento da Abordagem Sócio-Cultural da Doença Mental como Fator Promotor de Atitudes Positivas.

ANALUIZA MENDES PINTO NOGUEIRA \*

### RESUMO

Pesquisa realizada com estudantes do Curso de Psicologia da UFC para verificar a influência no conhecimento da abordagem sócio-cultural da doença mental na mudança de atitudes frente ao doente mental, através de uma intervenção que consistiu em aulas sobre o tema. Apresenta uma revisão da literatura sobre os estudos das atitudes frente ao doente mental e dos esforços empreendidos para a mudança destas atitudes. O instrumento utilizado foi a Escala de Atitudes frente ao Doente Mental — ADM. Os resultados, obtidos através de análise de variância, confirmaram a hipótese levantada de que os estudantes do grupo experimental, que assistiram aulas sobre doença mental, apresentaram mudanças em suas atitudes, num sentido positivo, em comparação com os estudantes do grupo de controle, que não assistiram tais aulas e onde não foi observada nenhuma mudança de atitudes. Os resultados são discutidos em termos da validade de se considerar a variável “Conhecimento sobre Doença Mental” como determinante das atitudes em relação ao doente mental, em específico, o conhecimento do tema dentro da abordagem sócio-cultural, sendo apontada, então, a importância deste conhecimento entre os estudantes de Psicologia.

### ABSTRACT

The following research picks up two groups of students of Psychology from the University where the author teaches the ‘social and cultural approach’ to mental disease.

From these two groups one knew about the above mentioned approach and the other did not.

It shows how the knowledge of the social and cultural approach influenced them and affected their behavior towards the mental diseased.

## 1. INTRODUÇÃO — REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 1.1. *Sobre os Estudos das Atitudes Frente ao Doente Mental*

As investigações no campo das atitudes em relação à doença mental tomaram grande impulso por ocasião da radical

---

\* Departamento de Psicologia da UFC.

mudança ocorrida, depois da Segunda Guerra Mundial, na teoria e prática psiquiátricas. Tal evento marcou o grande aumento da demanda nos hospitais psiquiátricos, assim como o reconhecimento das forças sócio-ambientais negativas sobre a saúde mental dos indivíduos (Dunham, 1979; Kubie, 1979). Decorreram daí, então, a necessidade de estender a assistência psiquiátrica para além dos muros dos hospitais e a exigência de atuação sobre as condições do meio, sendo acentuado o caráter preventivo de tais operações.

Segundo Crocetti (1978), nos últimos anos da década de 40, o estabelecimento do Instituto Nacional de Saúde Mental e o envolvimento dos governos federal e estadual dos EEUU nos programas de saúde mental inspiraram muitas pesquisas para avaliação do apoio popular à aplicação dos grandes investimentos requeridos por tais programas. A promulgação de leis, em 1963 e 1965, enfatizando o tratamento da doença mental dispensado por centros comunitários, levou ao reconhecimento da importância das atitudes do público, ou seja, da necessidade de um clima favorável de opiniões públicas para o sucesso dos programas comunitários e para o desenvolvimento de alternativas à hospitalização dos doentes mentais. Assim, o chamado Movimento de Higiene e Saúde Mental, incorporando essa nova ideologia psiquiátrica, abriu espaço para novos tipos de estratégias de atendimento, para novas formulações teóricas e novas propostas de pesquisa.

Tornaram-se, portanto, imprescindíveis para a planificação e execução dos programas de saúde mental, as investigações das atitudes das pessoas frente ao doente mental, tanto da população em geral, quanto daquelas pessoas que lidam mais diretamente ou que estão mais intimamente envolvidas com o doente mental.

Os primeiros estudos, desenvolvidos nos anos 50, sobre as atitudes do público frente à doença mental, descritos nos trabalhos de revisão da literatura (Johannsen, 1969; Rabkin, 1972, 1974), retratam um quadro predominantemente desfavorável. O estudo pioneiro de âmbito nacional realizado por Star, em 1950, revelou a extrema inabilidade das pessoas para reconhecerem casos de doença mental, mediante descrições de diferentes padrões de comportamento correspondentes aos diagnósticos psiquiátricos. Estes resultados acusaram o grande desconhecimento do público em relação ao problema da doença mental, desconhecimento este que poderia sustentar atitudes muito desfavoráveis frente ao doente mental. O clássico estudo de Cumming e Cumming, empreendido em 1957, de-

monstrou serem as atitudes frente à doença mental, na população rural por eles examinada, de caráter muito negativo e intimamente ligadas ao sistema de valores mais amplo desses indivíduos, sendo, portanto, difíceis de serem modificadas. Whatley, investigando, em 1959, as conseqüências da hospitalização psiquiátrica, demonstrou que as pessoas tendiam a se manter distantes dos ex-pacientes, criando para estes um tipo de isolamento social, que dificultava seu reajustamento à vida social depois da hospitalização. Os resultados do extenso estudo de Nunnally, publicado em 1961 e realizado no sentido de verificar o que o público sabia e pensava a respeito da doença mental e do doente mental, assim como acerca de seu tratamento, mostraram-se também extremamente negativos, enquanto constataram que o doente mental era visto, com desconfiança, temor e aversão.

A despeito do tempo transcorrido e dos esforços empreendidos para promover atitudes mais positivas na população, o estudo longitudinal de Olmsted e Durham (1976), mediante a aplicação do mesmo instrumento utilizado por Nunnally, demonstrou que as atitudes dos estudantes, testados em 1962 e em 1971, permaneceram marcadamente similares. Comparando seus resultados àqueles encontrados por Nunnally, nos anos 50, para o público em geral, demonstrou que ambos, estudantes e público, participavam de um sistema de crenças comum, expressando medo diante do paciente mental e, por conseguinte, rejeitando-o.

Fracchia e colaboradores (1976), embora admitindo que o estereótipo público dos pacientes mentais tenha sofrido certa mudança positiva, encontraram uma tendência no público a associar características comportamentais de periculosidade e imprevisibilidade ao doente mental.

Os estudos empíricos publicados mais recentemente reafirmam que praticamente inexitem mudanças nas atitudes frente ao doente mental. Com efeito, parece que os estereótipos extremamente negativos da doença mental estão sendo reduzidos (Olmsted & Smith, 1980), porém, o estigma ligado à doença mental e, particularmente, à hospitalização psiquiátrica, persiste de uma forma tal que o rótulo de ex-paciente continua a influenciar negativamente a percepção das pessoas, mesmo sob condições explícitas de posterior reintegração social do doente (Stensrud & Stensrud, 1980). Encontram-se presentes ainda hoje, em relação ao doente mental, noções de periculosidade, pouco valor e ineficiência, mesmo entre profissionais de saúde mental que, a despeito de seus conheci-

mentos e experiência com a doença mental, mantêm uma atitude basicamente negativa e rejeitadora (Calicchia, 1981).

## 1.2. Os Estudos Realizados no Brasil

No Brasil dispomos de alguns estudos que caracterizam as atitudes frente ao doente mental encontradas em nossa população.

Um dos estudos publicados sobre o tema, realizado em Pernambuco (Bastos & Turenko, 1970), procurou investigar as informações, opiniões e sentimentos de estudantes universitários e de pessoas com instrução primária em relação à doença mental, abordando certas imagens estereotipadas que lhe são comumente atribuídas. Seus resultados fornecem indicações de algumas diferenças significativas entre os dois grupos de sujeitos, no sentido de maior favorabilidade para os universitários. A conclusão a que chegam seus autores, porém, diz respeito à discrepância existente entre uma posição basicamente intelectual, resultante da aquisição de informações, e atitudes com ressonância afetiva, as quais parecem manter-se negativas e rejeitadoras.

Um outro trabalho (Pinho et alii., 1976), realizado com estudantes do Curso de Medicina da Bahia e inspirado no estudo acima descrito, sugere a presença de idéias preconceituosas e místicas em torno da doença mental, de sentimentos de pena e medo do doente mental e de atitudes negativas quanto à possibilidade de sua cura. Há indícios de uma tendência para atitudes de proteção ao doente mental, proteção esta que pode ser encarada como uma atitude negativa, na medida em que se apoia naquelas concepções.

Os estudos realizados em João Pessoa, em 1977 e 1978 (d'Amorim, 1981, 1982a, b) parecem confirmar este quadro de atitudes predominantemente negativas entre os brasileiros. Visando a avaliar a percepção da doença mental mantida pela população e por profissionais da área de saúde mental, assim como suas atitudes em relação ao doente mental — incluindo rejeição e responsabilidades sociais, estigma, etiologia da doença e aspectos de seu tratamento —, estes estudos foram comparados a outros realizados nos EEUU; fazendo uso do mesmo tipo de instrumento de medida, permitiu mostrar a evolução, através de algumas décadas, das percepções e atitudes da comunidade sobre o tema. As análises comparativas demonstraram, em termos de percepção, uma capacidade duplicada em reconhecer a doença mental; a nível de atitudes, en-

tretanto, os resultados revelaram pouca evolução num sentido positivo, encontrando-se ainda presentes idéias preconceituosas e estigmatizadoras, rejeição ao doente mental, principalmente quando o contato exige maior envolvimento pessoal, além de uma visão nitidamente negativa em relação ao hospital psiquiátrico.

## 1.3. As Pesquisas Realizadas em Fortaleza

Em Fortaleza, temos três estudos que nos podem ser úteis na compreensão das reações das pessoas diante do doente mental.

O primeiro deles, centrado-se no problema do estigma da doença mental (Soares, 1980), demonstra como os atributos estigmatizantes da loucura são utilizados por uma categoria de pacientes psiquiátricos (neuróticos) e por seus familiares em proveito próprio, fazendo com que o estigma pessoal não seja inteiramente assumido por estes indivíduos. Por outro lado, deixa claro que a instrumentalização desta categoria estigmatizada não os isenta do estigma de ex-paciente mental, sendo este o preço que têm a pagar pela manipulação da identidade de louco.

O outro estudo é uma pesquisa epidemiológica psiquiátrica realizada em Messejana, no município de Fortaleza (Moura Fé & Sampaio, 1981), que fornece, entre outros dados, informações a respeito das opiniões e sentimentos da população em relação ao doente mental. Os autores concluem, a partir dos dados obtidos, que "as reações pessoais diante do doente mental (...) reproduzem os preconceitos da cultura: reducionismo, estigma, compaixão paternalista, autoritarismo, maniqueísmo, intransigência" (p. 45). Tipicamente, estas reações tenderam para sentimentos defensivos/hostis, de luto e dor ou de negação. O estigma que se fez notar ligou-se à rejeição tanto do contato próximo com o doente mental, quanto do tratamento na própria comunidade. Acrescente-se a isso o uso extensivo de julgamentos morais e de concepções mágico-religiosas e o descrédito na possibilidade de cura e no tratamento da doença mental, o qual parece estar de certa forma associado à visão do hospital psiquiátrico como um local amedrontador, capaz de agravar o estado do indivíduo mentalmente doente.

O último estudo desenvolvido em Fortaleza (Pinto Nogueira, 1982) foi levado a efeito mediante a utilização da Escala de Atitudes frente ao Doente Mental — ADM —, instru-

mento de medida da presente pesquisa. Investigando as atitudes mantidas por familiares de pacientes psiquiátricos, a conclusão apresentada é de que suas atitudes são de caráter decisivamente muito negativo. Os pacientes são vistos pelos seus familiares, mais freqüentemente, como pessoas agressivas/hostis/destrutivas, agitadas, irritadas e desorientadas; incapacidade e alienação lhes são comumente atribuídas; são considerados, ainda, como estando gravemente doentes e como pessoas capazes de perturbar intensamente a vida familiar.

#### 1.4. Interpretando as Atitudes Negativas Frente ao Doente Mental

A noção de estigma, referente à evidência de algo mau, à desgraça ou à condição de "diferença vergonhosa" (Goffman, 1975), que se acha associada à doença mental e que foi nítida e constantemente encontrada na maioria dos estudos, representa um sério obstáculo à aceitação e à reintegração social do doente mental, portador da identidade estigmatizada. Conforme expresso por Swanson e Spitzer (1970), a estigmatização do doente mental restringe e afeta negativamente as interações que ele poderia estabelecer ou que mantém com outras pessoas.

Uma das suposições levantadas para explicar o estigma, que atualmente ainda se associa ao fenômeno da doença mental, é que ele pode decorrer exatamente da continuada ênfase que é dada à noção de "doença", por parte daqueles que seguem o modelo médico. Estes procuram, através de campanhas educacionais, tornar o público capaz de identificar mais precisamente os casos de doença mental, de utilizar os serviços psiquiátricos e de aceitar a doença mental como "uma doença como outra qualquer", para assim diminuir a distância social que tende a ser criada diante do paciente. Na opinião dos autores que assumem o modelo sócio-cultural, ao contrário, o estigma pode se tornar mais acentuado diante da presença crescente de "doentes mentais" na comunidade, resultante da desospitalização que tem caracterizado os esforços psiquiátricos nas últimas décadas (Rabkin, 1974). Tal ponto de vista é apoiado por Trute e Loewen (1978) que afirmam que a redução das distorções e estereótipos que cercam o doente mental depende das circunstâncias em que o paciente possa funcionar normalmente, fora do papel de doente mental.

O estigma da doença mental e as concomitantes reações de rejeição ao doente mental parecem, de fato, tornar-se mais

nítidos e intensificados quando se associa o fenômeno às condições definidamente médicas ou, particularmente, psiquiátricas. Phillips (1963, 1964) demonstrou como os indivíduos descritos como doentes mentais ou portadores de comportamentos identificados como tal se tornaram crescente e desproporcionalmente rejeitados quando as fontes de ajuda por eles utilizadas eram o psiquiatra ou o hospital mental. Segundo Johannsen (1969), o conceito de doença mental que as pessoas leigas adotam parece ser definido em termos da fonte de ajuda recebida por alguém para os seus problemas, ou seja, mediante a entrada do indivíduo em hospitais psiquiátricos. Nas palavras do autor: "para o homem médio, uma pessoa se torna um doente mental somente quando entra num hospital psiquiátrico" (p. 218). Além disso, o conceito tem uma conotação pejorativa que permanece ligada à condição de ex-paciente (Stensrud & Stensrud, 1980). Essa conotação pejorativa do rótulo "doença mental" se torna evidente pela existência de alta correlação positiva entre a atribuição de doença mental a um comportamento inapropriado e a rejeição da pessoa que o exhibe (Calhoun *et alii.*, 1977), e se revela também na resistência à aplicação do termo a comportamentos desviantes, mesmo se vistos como extremo desvio (Ritzema & Fancher, 1980).

Cabe, neste ponto, indagarmos sobre as raízes das atitudes sociais negativas em relação ao fenômeno denominado doença mental. Neste sentido, consideramos útil a contribuição fornecida pelas pesquisas de Foucault (1972, 1975) que, numa perspectiva histórica, aponta alguns fatos e interpretações elucidativas para esta questão.

Foucault nos revela como a loucura era experimentada, essencialmente, em seu estado livre: "ela circula, faz parte do cenário e da linguagem comuns, é para cada um uma experiência cotidiana que se procura mais exaltar do que dominar" (Foucault, 1975, p. 78). Revela-nos, ainda, como ela foi aprisionada na época da "Grande Internação" (séc. XVII), acontecimento que se dá, fundamentalmente, por imperativos sociais: junto a toda uma vasta categoria de indivíduos incapacitados para tomar parte na produção, o louco foi tomado à exclusão. Nestas circunstâncias, então, se criou à sua volta toda uma série de qualificações que lhe eram estranhas, e a loucura foi "despojada de sua linguagem". A figura do médico, neste mundo de exclusão da loucura, representa o seu controle social, exigência de uma ordem moral que a tornou um fenômeno

culpabilizado, controle este exercido através da tecnologia médica. (\*)

A partir desta breve exposição, parece que podemos buscar as origens dos estereótipos e atitudes negativas de rejeição e condenação ao doente mental neste episódio histórico designado por Foucault como a grande internação, a cujo cenário a noção de "classe perigosa" estava intimamente associada, onde "a loucura e a delinqüência andavam de mãos dadas numa comum negação da verdade, da moral e da razão" (Guilhon Albuquerque, 1978a, p. 33). Neste momento, a loucura se vê envolta em uma série de significações sociais e morais, adquire o seu sinal distintivo de culpa e mal, carrega o seu estigma. Além disso, neste contexto em que a loucura é encarcerada, desqualificada e silenciada, ocorre sua apropriação pela Ciência, que constrói, então, sua teorização a respeito e traça as linhas de sua atuação — sobre esta loucura "alienada de si mesma".

Assim, o estigma associado à doença mental se liga não apenas à noção de doença em si mesma; acrescenta-se a isso o fato social da segregação dos "diferentes", dos improdutivos, e as desqualificações ou culpabilizações da "classe perigosa" na qual eram categorizados os desviantes posteriormente rotulados como doentes mentais.

No que se refere às funções segregativas e coercitivas das intervenções psiquiátricas, a análise das modernas instituições para doentes mentais tem levado à conclusão de que estas se tratam de "outros tipos de instituições que reproduzem (...) a lógica do antigo asilo" (Castel, 1977, p. 58). A sociedade purifica-se transferindo para o "louco", e nele fixando os seus temores e contradições, todo o incompreensível, o perigoso e o negativo, fazendo surgir, em contraste, a normalidade social e individual.

Poderíamos concluir de tudo o que foi exposto até aqui que existe uma "atmosfera social" generalizada e notadamente insatisfatória em relação ao problema da doença mental. Os preconceitos e as concepções estereotipadas de cunho negativo, assim como as reações discriminatórias e os sentimentos desfavoráveis em relação ao doente mental, testemunham a insuficiência deste contexto social. Todos os atributos ne-

(\*) Esta visão da Ciência, particularmente da ciência médico-psiquiátrica, como instrumento de repressão e controle social é participada por muitos outros autores, entre os quais citamos: Laing (1974), Szasz (1976, 1980), Castel (1977, 1978), Guilhon Albuquerque (1978a, b) e Basaglia (1979).

gativos associados ao fenômeno "doença mental" acham-se configurados no sistema de crenças e valores dos indivíduos e são reforçados pelos próprios temores pessoais, porquanto ameaçadores à identidade sadia de cada um.

### 1.5. Os Esforços para uma Mudança de Atitudes

Até aqui dissemos amplamente do clima geral desfavorável que cerca o problema da doença mental e que se reflete nas atitudes negativas das pessoas em relação ao doente mental. As investigações neste campo, porém, serviram de base para muitos programas de saúde mental desenvolvidos junto à população no sentido de promover modificações em suas atitudes, tendo em vista, em última instância, o processo de reintegração social do doente mental.

Dois abordagens gerais nortearam tais programas de mudança de atitudes. Um primeiro enfoque consistia em encorajar o contato pessoal entre o público e os pacientes, supondo que esta familiaridade levaria a concepções realistas, desfazendo preconceitos e idéias estereotipadas acerca destes indivíduos e, conseqüentemente, reduzindo a distância e rejeição dos mesmos. Uma segunda estratégia envolvia uma tentativa de reeducação do público, informando-o acerca do problema através de leituras, explicações, discussões, filmes etc.

Dos estudos que foram desenvolvidos, segundo o primeiro pressuposto da experiência de contato com o doente mental, chegou-se à conclusão, em síntese, de que sua efetividade para a promoção de mudanças positivas de atitudes estava na dependência de alguns fatores, por exemplo: a) esta experiência de contato deveria ser complementada com informações a respeito da doença mental, pois o mero contato com o paciente não é suficiente para o estabelecimento de atitudes positivas (Johannsen, 1969; Rabkin, 1972); b) este contato deveria ter o caráter de voluntariedade (Kish & Hood, 1974); e finalmente, c) o paciente deveria apresentar-se em circunstâncias tais em que pudesse ser percebido como se comportando normalmente (Trute & Loewen, 1978).

Quanto aos estudos que se fundamentaram em métodos didáticos de instrução acadêmica e procedimentos educativos, estes, podemos dizer, se baseiam em muitas pesquisas que, de fato, evidenciam correlações positivas entre educação e atitudes, indicando que os grupos mais educados expressam atitudes mais favoráveis em relação ao doente mental (Hollingshead & Redlich, 1958; Freeman & Kassebaum, 1960; Cohen & Strue-

ning, 1962; Phillips, 1964; Swanson & Spitzer, 1970; Crocetti, 1978; Rabkin, 1972; Mack & Tosan-Imade, 1980).

A estreita correlação entre atitudes e nível de educação, apontada acima, tem sido lembrada para interpretar os dados que, no Brasil, revelaram maior reconhecimento da doença mental e atitudes mais favoráveis frente à mesma, entre os sujeitos de nível sócio-econômico superior, entendendo-se que maior esclarecimento quanto ao problema da doença mental, entre aqueles educacional e sócio-economicamente superiores, explicaria suas atitudes mais favoráveis (d'Amorim, 1982b).

Ainda no Brasil, os resultados da pesquisa de Martins (1982), evidenciando um "contínuo de positividade-negatividade de atitudes" (p. 81), confirmam a importância da mais elevada escolaridade das pessoas para o estabelecimento de atitudes mais positivas frente ao doente mental.

Portanto, o que tem sido proposto, concernente a tais evidências, é que o mais alto nível de educação propicia maiores conhecimentos acerca da questão, os quais são capazes de reduzir as concepções estereotipadas que envolve, favorecendo um posicionamento mais flexível e menos preconceituoso diante do doente mental. Por exemplo, Smith (1977) observou que, com aumento do nível de escolaridade, as opiniões e os escores de conhecimento sobre saúde mental dos estudantes se equiparam aos dos seus professores, do público em geral e dos profissionais de saúde mental; este autor não relata, porém, a natureza favorável ou não de suas atitudes. Outros estudos comparativos, por seu lado, têm demonstrado que não há marcantes diferenças nas atitudes de profissionais, de professores e do público em geral a respeito da doença mental (Moscowitz, 1975; Durham, 1977; Callicchia, 1981) e tais atitudes têm sido caracterizadas como rejeitadoras e envolvendo muitas concepções negativas. Nada de conclusivo podemos afirmar, contudo, já que no estudo de Martins (1982), ao serem comparadas as atitudes dos profissionais e do público, os primeiros apresentaram atitudes significativamente mais positivas.

Assim, a relação conhecimentos — atitudes nem sempre se constitui tão clara e as pesquisas que têm examinado especificamente os efeitos do conhecimento acerca da doença mental sobre as atitudes das pessoas têm se mostrado inconsistentes. Estas pesquisas em sua grande maioria constituem um projeto de mudanças de atitude e foram desenvolvidas junto a pessoas que trabalham na área de saúde mental ou estudantes desta mesma área.

Um destes estudos, que relata efetiva mudança de atitude a partir de um Curso de Psicologia Anormal para estudantes, foi conduzido por Costin e Kerr (1962). Seus autores administraram o OMI (Opinions about Mental Illness) e observaram que seus sujeitos se tornaram menos autoritários, menos socialmente restritivos e menos benevolentes, assim como mais convencidos a respeito da etiologia interpessoal da doença mental. Ainda mediante a utilização do mesmo instrumento de medida, depois de um Curso de Introdução à Psicologia Anormal, Gulo e Fraser (1967) observaram que os escores de Restritividade Social declinaram entre seus sujeitos e Graham (1968) obteve mais elevados escores em Etiologia Interpessoal.

Por outro lado, Altrocchi e Eisdorfer (1961), utilizando um "design" semelhante, não obtiveram as mudanças esperadas em seus estudantes; apenas quando, num estudo subsequente, os sujeitos foram submetidos a um contato com pacientes psiquiátricos durante os cursos, é que foram observadas tais mudanças positivas nas suas atitudes. Iguchi e Johnson (1966) também examinaram as mudanças de atitudes dos estudantes como uma função do impacto conjunto de cursos acadêmicos e de experiência pessoal com pacientes; mas ao compararem as atitudes do grupo de estudantes que foi submetido ao curso de Psicologia Anormal com o grupo que, além do mesmo curso, participou como voluntário de um programa num hospital psiquiátrico, estes autores afirmam não terem encontrado diferenças significativas de mudança de atitudes entre ambos os grupos.

Num estudo mais recente, contudo, Pryer e Distefano (1977) obtiveram sucesso em suas investigações. Trabalharam com 61 auxiliares psiquiátricos, tentando relacionar suas atitudes (medidas pelo OMI) a várias áreas de conhecimento de saúde mental (medidas pelo Psychiatric Aide Test) que envolviam: entendimento das desordens psíquicas e hospitalização; terapia básica e comunicação; cuidados físicos e médicos de enfermagem; relatório e fichamento do comportamento do paciente. Os autores encontraram correlações negativas, embora moderadas, entre alguns dos fatores atitudinais (Autoritarismo e Restritividade Social) e alguns tipos de conhecimentos sobre saúde mental. Uma correlação negativa foi igualmente encontrada entre tempo de serviço e restritividade.

Parece haver, ainda, outros fatores importantes nesta relação conhecimento — atitudes. Dixon (1967), apesar de ter encontrado mudanças favoráveis nas atitudes de estudantes depois de participarem de um curso de Psicologia, concluiu que

a própria atitude do instrutor teve um grande efeito sobre aqueles resultados. Hood (1974) obteve mudanças nas atitudes de estudantes de um curso de Psicologia Social, estudando-as em função de seu dogmatismo. E Sampson (1976) demonstrou que a informação e a experiência de contato com doentes mentais são métodos efetivos para mudança de atitudes, se se considera o auto-conceito dos estudantes.

Resumindo, embora os dados disponíveis apresentem muitas contradições, podemos acreditar que o conhecimento acerca do tema doença mental seja capaz, em certa medida, de promover atitudes mais positivas nas pessoas. Alguns fatores podem ser responsáveis pelos resultados inconsistentes que temos apontado aqui. Questões metodológicas, de amostragem, procedimentos ou controle de variáveis podem estar presentes, assim como os diferentes instrumentos de medida utilizados podem contribuir para tais divergências. Chamamos a atenção, porém, para um aspecto que consideramos relevante: o conteúdo das informações que são transmitidas aos indivíduos. Faremos, adiante, referência a esta questão.

## 2. O PROBLEMA

A revisão da literatura no campo das atitudes frente à doença mental, de modo geral, nos tem revelado que elas se mostram predominantemente negativas e nos sugere que estão firmemente sustentadas por todo um sistema de crenças, que envolve conceitos estereotipados e sérios preconceitos a respeito do fenômeno. Tais crenças são mantidas de forma generalizada tanto por populares quanto por pessoas de mais alto nível educacional, estando presentes, inclusive, entre os profissionais treinados na área de saúde mental.

Há indícios, entretanto, de que estas atitudes podem ser modificadas num sentido mais positivo. Um dos métodos utilizados para tal são estratégias de conteúdo educativo/didático. Na realidade, outros fatores parecem intervir na determinação das atitudes frente ao doente mental e, por conseguinte, na efetividade dos métodos para transformá-las. Um destes fatores, supomos nós, diz respeito à mensagem veiculada nas informações/instruções de que se lança mão.

Concordamos com aqueles que atribuem o insucesso das campanhas educativas à utilização do modelo médico, que continua a propagar a noção de "doença" e, como vimos, a evocar tantos atributos desqualificadores que se ligam a esta noção. Visto desta forma, como doença mental, o comportamento des-

viante representa para as pessoas uma "condição aflitiva, uma desvantagem causada pela invasão de algum agente desconhecido, análogo a um germe ou vírus que ataca um inocente hospedeiro e nele se fixa interminavelmente (...). Ninguém quer estar doente e nem deseja a presença de outros que estão doentes". (Rabkin, 1972, p. 154). Nas palavras de Heather (1977, p. 98),

*a atribuição de doença mental significa que a mente de uma pessoa não está funcionando de maneira adequada. Que idéia assustadora deve ser essa! Conduzimos nossas interações cotidianas na base de regras mutuamente entendidas e bem aprendidas. Mas se essas expectativas são alteradas pela crença em que a mente de outra pessoa está sujeita a alguma influência estranha e misteriosa, elas serão vistas como essencialmente imprevisíveis e potencialmente perigosas (...), elas continuarão sendo consideradas indignas de confiança porque a 'doença' estranha e aterradoradora, à semelhança dos espíritos malignos de outrora, talvez ainda as possua.*

Becker (1977) explica como, erroneamente, a própria pesquisa científica tem aceito a premissa de senso comum de que há algo inerentemente desviante, qualitativamente distinto, em relação a atos que transgridem regras sociais, aceitando também a suposição de que o ato desviante ocorre porque alguma característica da pessoa que o comete torna necessário ou inevitável que ela o faça. Neste sentido, o desvio tem sua fonte localizada dentro do indivíduo e o desviante é visto como alguém portador de alguma "força" que o impele a cometer atos desviantes. No caso do "doente mental", seu comportamento seria o produto ou sintoma de "doença mental". Segundo a sua teoria do desvio, contudo, a concepção é de que

*os grupos sociais criam o desvio ao fazer as regras cuja infração constitui desvio e ao aplicar essas regras a pessoas particulares e rotulá-las como marginais e desviantes. Deste ponto de vista, o desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas uma conseqüência da aplicação por outras pessoas de regras e sanções a um 'transgressor'. O desviante é alguém a quem aquele rótulo foi aplicado com su-*



### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. Hipótese

A partir do exame da bibliografia sobre Atitudes frente ao doente mental e Mudança destas atitudes, levantamos a seguinte hipótese:

- Os estudantes que assistiram aulas sobre o tema Doença Mental, dentro da abordagem sócio-cultural (Grupo Experimental), apresentarão uma mudança significativa em suas atitudes frente ao doente mental, no sentido de atitudes mais positivas, do que os estudantes que não assistiram tais aulas (Grupo Controle).

#### 3.2. Delineamento

Nosso delineamento consistiu de pré-teste e pós-teste aplicados a grupo experimental e a grupo de controle e assumiu, então, a seguinte forma:

$$\begin{array}{cc} 0 & X & 0 \\ 1 & & 2 \\ & & \\ 0 & & 0 \\ 3 & & 4 \end{array}$$

onde  $0_1$  e  $0_2$  representam, respectivamente, o pré-teste e pós-teste aplicados ao grupo experimental; X significa a intervenção a que foi submetido o grupo experimental; e  $0_3$  e  $0_4$ , as duas medidas (pré e pós-teste, respectivamente) feitas no grupo de controle.

#### 3.3. Amostra

Nossos sujeitos foram os alunos do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, matriculados no 1.º semestre do curso, na disciplina Introdução à Psicologia. Tivemos duas turmas de alunos constituindo o grupo experimental ( $n = 25$  e  $21$ ; total =  $46$ ) e uma turma sendo o grupo de controle ( $n = 31$ ). Contamos, assim, com 77 sujeitos.

Tais grupos podem ser considerados grupos "naturais"; são eles equivalentes e por isso comparáveis. Com efeito, as

análises estatísticas efetuadas (análise de variância) mostraram não haver diferenças significativas entre os grupos no pré-teste, ou seja, nas suas atitudes iniciais (Veja RESULTADOS — 1).

#### 3.4. Procedimentos

Em ambos os grupos experimental (E) e de controle (C), tomamos uma primeira medida da atitude inicial (pré-teste). Em E, procedemos a uma intervenção (tratamento experimental) que consistiu de duas aulas (4 h) com exposição do tema Doença Mental, numa abordagem sócio-cultural. Sob este rótulo "abordagem sócio-cultural", enfocamos questões como: o Conceito da Doença Mental, sua evolução histórica e os Modelos Culturais de Loucura, o "normal" e o "patológico", a noção de Desvio, a questão do Estigma, do Diagnóstico e Institucionalização Psiquiátrica, Tratamentos e Propostas Alternativas. Tomamos como referencial teórico os escritos de vários autores como: Goffman (1974 e 1975), Foucault (1972 e 1975), Laing (1974), Castel (1977, 1978), Szasz (1976, 1980), Basaglia (1979), Moffatt (1980), Scheff (1978, 1979), Becker (1977, Velho (1981, 1977), entre outros.

Finalmente, tomamos uma segunda medida das atitudes — atitude final (pós-teste), em ambos os grupos E e C. Convém lembrar que no grupo C não fizemos qualquer exposição sobre o tema.

Aos alunos foi dito que nossa pesquisa consistia de um estudo para adaptação e revalidação de uma Escala de Atitudes e, assim, pretendíamos comparar as respostas dadas às duas formas da Escala, que foram aplicadas nas duas medidas efetuadas.

#### 3.5. Instrumentos

Utilizamos como instrumento de medida a Escala de Atitudes frente ao Doente Mental — ADM, (\*) composta de 70 itens que abrangem 5 dimensões atitudinais ou fatores:

Fator 1 — Incapacidade: compreende 22 itens que revelam o doente mental como uma pessoa que apresenta uma in-

(\*) PASQUALI *et alii.*, 1982b.

capacidade 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.

Fator 2 — Desorientação: 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.

Fator 3 — Violência: 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 desapidadamente.

Fator 4 — Desvio Sexual: 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.

Fator 5 — Alienação: 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).

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 discordo. Possui duas formas: a primeira, a forma original, foi construída e validada para a população brasileira a partir de uma amostra de nível de escolaridade secundário; a segunda, a forma adaptada, (\*) consiste numa versão equivalente à primeira, apenas com alterações de caráter semântico em seus itens, tendo sido validada para uma população não escolarizada. Na primeira medida (pré-teste) da presente pesquisa, foi aplicada a ADM em sua forma original, enquanto que na segunda medida (pós-teste) utilizamos a ADM adaptada.

(\*) PASQUALI, L. & PINTO NOGUEIRA, A. M., 1982c.

#### 4. RESULTADOS

A análise estatística dos dados (\*) foi dividida em cinco etapas e seus resultados são apresentados abaixo. A técnica usada foi a Análise de Variância.

##### 1. Comparação da Atitude Inicial dos Grupos Experimental e Controle.

Com relação à verificação da equivalência dos dois grupos E e C, os resultados da análise de variância nos indicaram não haver qualquer diferença significativa entre os grupos. Podemos, portanto, concluir que a atitude inicial é a mesma para os dois grupos, no geral e com relação a cada um dos fatores da ADM.

##### 2. Comparação da Atitude Inicial e Final do grupo experimental.

Em nossa segunda verificação, obtivemos diferenças significativas entre a atitude inicial e a atitude final do grupo E, tanto no geral quanto ao serem examinados todos os fatores da escala (veja tabela 1).

Tab. 1 — Comparação Pré-teste X Pós-teste do Grupo E, no Geral e por Fator.

GERAL	F (1,90) =	p <
1	199,589	0,001
2	112,242	0,001
3	129,808	0,001
4	122,804	0,001
5	94,619	0,001
	162,293	0,001

Concluimos, portanto, que houve mudança de atitude frente ao doente mental após a aplicação da intervenção no grupo E.

##### 3. Comparação da Atitude Inicial e Final no Grupo Controle.

(\*) A análise estatística foi efetuada no Laboratório de Estatística e Matemática Aplicada, no Depto. de Estatística e Matemática Aplicada do Centro de Ciências da UFC. Agradecemos ao LEMA nas pessoas, em particular, de seus professores Carlos Robson B. de Medeiros e José Eduardo de Oliveira.

Ao compararmos a atitude inicial e final do grupo C, no geral e por fator, observamos que não houve diferenças significativas entre elas. Daí concluímos que, no grupo C, onde não fizemos qualquer intervenção com exposição do tema Doença Mental, não houve mudança da atitude.

#### 4. Comparação da Atitude Final entre os Grupos Experimental e Controle.

Aqui, verificamos se a atitude final seria a mesma para os dois grupos E e C e pudemos observar que houve diferenças significativas entre os grupos quando tomamos a segunda medida de suas atitudes. Veja a tabela 2.

Tab. 2 — Comparação Grupo E X Grupo C no Pós-teste, no geral e por fator.

GERAL	F (1,75) = 106,123; p < 0,001
1	F (1,75) = 70,436; p < 0,001
2	F (1,75) = 61,162; p < 0,001
3	F (1,75) = 60,522; p < 0,001
4	F (1,75) = 71,802; p < 0,001
5	F (1,75) = 86,865; p < 0,001

Assim, as atitudes frente ao doente mental dos dois grupos considerados diferiram quando submetidos pela segunda vez à ADM.

#### 5. Verificação da Influência das Variáveis Secundárias.

Finalmente, quisemos examinar se algumas das variáveis secundárias tiveram alguma influência importante na mudança de atitude observada no grupo E. Este exame também foi feito, para cada variável, considerando o resultado geral e os resultados obtidos em cada um dos fatores da ADM. Tais variáveis foram tomadas a partir de um questionário respondido pelos sujeitos na ocasião da primeira aplicação da escala de atitudes. As variáveis secundárias consideradas foram as seguintes:

- a) Sexo (masculino e feminino);
- b) Tipo de Contato mantido com alguma pessoa conside-

rada doente mental (nenhum contato, contato superficial e contato próximo);

- c) Estudo sobre Doença Mental (algum tipo de leitura/estudo anteriormente feito sobre o tema: sim e não).

Pelas análises de variância feitas nesta etapa, verificamos que a atitude inicial difere significativamente da atitude final, no grupo E, para cada uma destas variáveis secundárias. Assim, independentemente do sexo do sujeito, do tipo de contato mantido com alguma pessoa considerada doente mental e da existência ou não de estudos prévios sobre doença mental, houve mudança de atitude após ser aplicado o tratamento experimental. Com isso concluímos que nenhuma destas variáveis teve qualquer influência na mudança de atitude frente ao doente mental ocorrida neste grupo de estudantes (grupo E).

#### 5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos em nossa investigação, parece-nos seguro afirmar que a variável por nós considerada — CONHECIMENTO (de doença mental), constitui-se importante fator na determinação das atitudes frente ao doente mental. Estes resultados trazem, portanto, apoio ao Modelo Teórico proposto.

Quanto ao método utilizado, um método didático/educativo, que se mostrou efetivo para uma mudança de atitudes, favorecendo atitudes mais positivas entre nossos estudantes, devemos considerá-lo tendo em vista o conteúdo das informações transmitidas. Em relação a este aspecto, indagaríamos, então, por que razão o conhecimento da abordagem (Modelo) sócio-cultural da Doença Mental é capaz de propiciar atitudes favoráveis frente ao doente mental? Alguns pontos, supomos nós, são revelantes nesta questão:

Entendemos que o questionamento do conceito *Doença Mental* e que a compreensão de sua relatividade cultural contribuem para a redução das diferenças entre o "normal" e o "anormal". Tratando o comportamento desviante como um comportamento em relação ao qual foi atribuída tal qualidade desviante — doença mental, no caso —, a pessoa que assim se comporta deixa de ser vista dentro de uma categoria distinta, inerentemente diferente — ou doente. Neste sentido, encontramos maior flexibilidade para a aceitação das experiências subjetivas de cada um, mesmo para as experiências "loucas" e, muito importante também, para a aceitação das próprias ex-

periências. À medida em que há a consciência das projeções que são feitas sobre os "doentes mentais", projeções de temores, angústias e conflitos pessoais, as experiências irracionais podem também ser assumidas e a loucura pode ser assim "redistribuída", para usar uma expressão de Moffatt. Ademais, pensamos que a consciência de que muitos fatores sociais, culturais, econômicos e interpessoais estão em jogo no problema da "doença mental", e de que as condições da institucionalização psiquiátrica das pessoas criam a "figura do louco", pensamos que a consciência destes aspectos pode contribuir para a desmistificação da doença mental, para a redução das crenças estereotipadas a respeito dos "doentes mentais". Finalmente, acreditamos ter havido uma maior sensibilização dos estudantes para a complexa problemática das pessoas que são tratadas como doentes mentais.

Os resultados do nosso estudo, portanto, abrem algumas perspectivas para o preparo acadêmico dos estudantes de Psicologia, se se considera importante para sua futura vida profissional que eles tenham atitudes positivas frente ao doente mental. Sugerimos que o tema seja abordado nesta perspectiva em disciplinas como Psicologia Social, Psicologia Comunitária e Psicopatologia. O Modelo que as pessoas têm de Doença Mental, certamente, exerce influência sobre suas atitudes frente ao doente mental.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTROCCHI, J. & EISDORFER, C. Changes in attitudes toward mental illness. *Mental Hygiene*, (45): 563-570, 1961.
- BASAGLIA, F. *A psiquiatria alternativa*. São Paulo, Brasil Debates, 1979.
- BASTOS, O. & TURENKO, E. Resultados comparativos de uma pesquisa de opinião sobre doença mental entre dois grupos de condições sócio-econômico-culturais distintas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, (19): 163-169, 1970.
- BECKER, H. S. *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro, Zahar, 1977.
- CALICCHIA, J. P. Attitudinal comparison of mental health and non mental health professionals toward ex-mental patients. *The Journal of Psychology*, (108): 35-41, 1981.
- CALHOUN, L. G.; SELBY, J. W. & WROTEN, J. D. 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.
- CASTEL, R. Intervenção. In: M. FLEMING (ed.) *Psiquiatria e antipsiquiatria em debate*, Porto, Afrontamento, 1977.
- CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- COHEN, J. & STRUENING, E. L. Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, (64): 349-360, 1962.
- COSTIN, F. & KERR, W. D. The effects of an abnormal psychology course on students' attitudes toward mental illness. *Journal of Educational Psychology*, (53): 214-218, 1962.
- CROCETTI, G. M. Identification of the mental illness and social distance toward the mentally ill. *Dissertation Abstract International*, 38: (9-A), 5749, 1978.
- d'AMORIM, M. A. Estudo comparativo da percepção da doença mental pela comunidade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 33: 75-83, 1981.
- d'AMORIM, M. A. *Atitudes de uma comunidade em relação à doença mental*, 1982a, (no prelo).
- d'AMORIM, M. A. Nível sócio-econômico, percepção da doença mental e atitude em relação ao doente mental. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 34 (4): 113-121, 1982b.
- DIXON, C. R. Courses on psychology and students' attitudes toward mental illness. *Psychological Reports*, (29): 50, 1967.
- DUNHAM, H. W. Psiquiatria comunitária: a mais nova terapêutica popular. In: T. MILLON *Teorias da psicopatologia e personalidade*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979.
- DURHAM, K. Attitudes and opinions of high school teacher toward mental health. *Dissertation Abstract International*, 37: (9-B), 4752-4753, 1977.
- FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo, Perspectiva, 1972.
- FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975.
- FRACCHIA, J.; CANALE, D.; CAMBRIA, E.; RUEST, E. & SHEPPARD, C. Public views of ex-mental patients: a note on perceived dangerousness and unpredictability. *Psychological Reports*, (38): 495-498, 1976.
- FREEMAN, H. E. & KASSEBAUM, G. G. The relationship of education and knowledge to opinions about mental illness. *Mental Hygiene*, (44): 42-47, 1960.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, Perspectiva, 1974.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro, Zahar, 1975.
- GRAHAM, G., Jr. Effects of introductory and abnormal psychology courses on students' attitudes toward mental illness. *Psychological Reports*, (22): 448, 1968.
- GUILHON ALBUQUERQUE, J. A. *Metáforas da desordem*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1978a.

- GUILHON ALBUQUERQUE, J. A. Ordem social e doença mental. In: S. A. FIGUEIRA (ed.) *Sociedade e doença mental*, Rio de Janeiro, Campus, 1978b.
- GULO, E. V. & FRASER, W. Student attitudes toward mental illness. *College Student Survey*, (3): 61-63, 1967.
- HEATHER, N. *Perspectivas radicais em psicologia*. Rio de Janeiro, Zahar, 1977.
- HOLLINGSHEAD, A. B. & REDLICH, F. C. *Social class and mental illness: a community study*. New York, John Wiley & Sons, Inc, 1958.
- HOOD, R. W., Jr. Cognitive and affective rejection of mentally ill persons as a function of dogmatism. *Psychological Reports*, (35): 543-519, 1974.
- IGUCHI, M. T. & Johnson, R. C. Attitudes of students associated with participation in a mental hospital volunteer program. *Journal of Social Psychology*, (68): 107-111, 1966.
- JOHANNSEN, W. J. Attitudes toward mental patients — a review of empirical research. *Mental Hygiene*, (53): 218-228, 1969.
- KISH, G. B. & HOOD, R. W. Voluntary activity promotes more realistic conception of the mentally ill by college students. *Journal of Community Psychology*, (2): 30-32, 1974.
- KUBIE, L. S. Armadilhas da psiquiatria comunitária. In: T. MILLON, *Teorias da psicopatologia e personalidade*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979
- LAING, R. D. *A política da experiência e a ave-do-paráíso*. Petrópolis, Vozes, 1974.
- MACK, S. E. & TOSAN-IMADE, G. The effects of ethnicity and education on attitudes toward mental illness in Southern Nigeria. *The International Journal of Social Psychiatry*, (26): 101-107, 1980.
- 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.
- MOFFATT, A. *Psicoterapia do oprimido*. São Paulo, Cortez, 1980.
- MOSCOWITZ, I. S. Identification of behavior as indicative of mental illness by mental health professionals and the general public. *Dissertation Abstract International*, (35): (12-B, pt 1), 6105-6106, 1975.
- 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 Messejana, 1981.
- OLMSTED, D. W. & DURHAM, K. Stability of mental health attitudes: a semantic differential study. *Journal of Health and Social Behavior*, (17): 35-44, 1976.
- OLMSTED, D. W. & SMITH, D. L. The socialization of youth into the american mental health belief system. *Journal of Health & Social Behavior*, (21): 181-194, 1980.
- PASQUALI, L.; PINTO NOGUEIRA, A. M.; MARTINS, A. E. O. & MARTINS, F. C. *Atitudes frente ao doente mental: elaboração de um modelo integrativo*. 1982a, (trabalho não publicado).
- PASQUALI, L.; PINTO NOGUEIRA, A. M.; MARTINS, A. E. O.; MARTINS, F. C. & CARVALHO, A. M. *Escala de atitudes frente ao doente mental: construção e validação de um instrumento de medida*. 1982b (trabalho não publicado).
- PASQUALI, L. & PINTO NOGUEIRA, A. M. *Escala de atitudes frente ao doente mental — ADM: adaptação a uma população de baixo nível de escolaridade*. 1982c (trabalho não publicado).
- PHILLIPS, L. Rejection: a possible consequence of seeking help for mental disorders. *American Sociological Review*, (28): 963-972, 1963.
- PHILLIPS, L. Rejection of the mentally ill: the influence of behavior and sex. *American Sociological Review*, (29): 679-689, 1964.
- PINHO, S. R.; ANDRADE, J. G.; SOUSA, A. L.; MENEZES, M. L. G. & MARINHO, T. M. Atitude do estudante de medicina da UFBA frente à doença mental. *Revista de Psiquiatria*, (XX): 200-215, 1976.
- PINTO NOGUEIRA, A. M. *Atitudes frente ao doente mental: um estudo da influência do nível de comportamentos sintomáticos e do sexo de pacientes psiquiátricos sobre as atitudes de seus familiares*. Dissertação apresentada no Curso de Pós-Graduação em Psicologia, UnB, 1982. (*Revista de Psicologia*, 1 (1), 25-49, 1983).
- PRYER, M. W. & DISTEFANO, M. K., Jr. Relationship between opinions about mental illness and mental health knowledge among psychiatric aides. *Psychological Reports*, (40): 241-242, 1977.
- RABKIN, J. G. Opinions about mental illness: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, (77): 153-171, 1972.
- RABKIN, J. G. Public attitudes toward mental illness: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, (10): 9-33, 1974.
- RITZEMA, R. J. & FANCHER, S. C. Non-professionals' attributions of deviant behavior: mental illness as a non-preferred label. *Psychological Reports*, (46): 235-239, 1980.
- SAMPSON, N. B. Paraprofessionals in community mental health: attitudes, attitude change and attitude stability. *Dissertation Abstract International*, 37 (5-A), 2648-2649, 1976.
- SCHEFF, T. J. Doença mental: o ponto de vista da teoria da rotulação. In: S. A. FIGUEIRA (ed.) *Sociedade e doença mental*. Rio de Janeiro, Campus, 1978.
- SCHEFF, T. J. O papel do doente mental e a dinâmica do distúrbio mental. In: T. MILLON *Teorias da psicopatologia e personalidade*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.
- SMITH, D. L. Mental health opinions of high school students: an exploration. *Dissertation Abstract International*, (37): (9-A), 6077-6078, 1977.
- SOARES, S. S. F. *Enlouquecer para sobreviver: manipulação de uma identidade estigmatizada como estratégia de sobrevivência*. Dissertação apre-

- sentada no Curso de Pós-Graduação em Antropologia, UnB, 1980 *Revista de Psicologia*, 2 (2): 45-69, 1984.
- STENSRUD, R. & STENSRUD, K. Attitudes toward successful individuals with and without histories of psychiatric hospitalization. *Psychological Reports*, (47): 495-498, 1980.
- SWANSON, R. M. & SPITZER, S. P. Stigma and the psychiatric patient career. *Journal of Health and Social Behavior*, (11): 44-51, 1970.
- SZAZS, T. *A fabricação da loucura*. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.
- SZAZS, T. *Ideologia e doença mental — ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem*. Rio de Janeiro, Zahar, 1980.
- TRUTE, B. & LOWEN, A. Public attitude toward the mentally ill as a function of prior personal experience. *Social Psychiatry*, (13): 79-84, 1978
- VELHO, G. *Desvio e divergência — uma crítica da patologia social*. Rio de Janeiro, Zahar, 1981.