

ATITUDE FRENTE AO DOENTE MENTAL

Um Modelo Etiológico e Medida de Atitudes

PARTE I – Elaboração de um Modelo Integrativo da Atitude frente ao Doente Mental.

LUIZ PASQUALI *

ANALUIZA MENDES PINTO NOGUEIRA **

ANTÔNIO ELMO DE OLIVEIRA MARTINS, ***

FRANCISCO MOACIR DE MELO CATUNDA MARTINS ****

RESUMO

Este trabalho, apresentado como primeira parte de um estudo mais amplo sobre Atitudes frente ao Doente Mental, representa uma breve análise teórica do quadro geral em que se situam as concepções relativas à doença mental, concepções estas que sustentam as atitudes das pessoas frente ao doente mental, bem como e sobretudo a análise de estudos empíricos que tentam evidenciar o efeito de algumas variáveis sobre essas atitudes.

Após uma breve reconstrução histórica dos modelos sobre a doença mental, serão analisados estudos referentes às variáveis sócio-cultural, conhecimento sobre doença mental e contato com doentes mentais, como fatores determinantes na formação das atitudes para com o doente mental. Uma série de outras variáveis, tais como, classe sócio-econômica, idade, sexo, religião, características da personalidade e outras, serão apenas mencionadas na medida em que foram apontadas por estudiosos do assunto.

O trabalho visa, finalmente, a apresentação e explicação de um modelo integrativo dos fatores relevantes ao problema das atitudes em relação ao doente mental.

ABSTRACT

Attitude Towards The mental Ill.

An Etiological Model and Measure of Attitudes.

This publication is presented as part of a larger study about attitudes towards mental patients. A brief historical reconstruction and theoretical analysis regarding general conceptions of mental illness are presented, as well as, a review of empirical studies which

* Ph. D. UnB

** UFCE

*** UFES

**** Ph. D., UnB

attempt to analyze determining factors in the formation of attitudes towards the mentally ill focussing on the effects of social — cultural variables, such as information regarding mental illness, and contacts with mental patients. Social-economic class, age, sex, religion and personality characteristics, etc. will be discussed during the course of the literature review. The main objective of this study is to present and explain an integrated model of relevant factors related to the formation of attitudes towards the mentally ill.

INTRODUÇÃO

Este estudo constitui uma tentativa de integração sistemática do campo conceitual referente às atitudes que as pessoas assumem frente ao problema da doença mental e do doente mental, objetivando a elaboração de um modelo teórico que explique tais atitudes. Ele serve como base para a construção de um instrumento de medida de atitude, a Escala de Atitudes frente ao Doente Mental — ADM —, e para sua utilização em estudos empíricos sobre o assunto.

Considerando sua extensão e conteúdo, o estudo será publicado nesta Revista em dois diferentes números: o presente número apresentará a Parte I do trabalho ("Elaboração de um Modelo Integrativo da Atitude frente ao Doente Mental") que visa à elucidação dos fatores relevantes para a determinação das atitudes frente ao doente mental; a Parte II do trabalho ("Construção, Validação, Adaptação da Escala de Atitudes frente ao Doente Mental — ADM — e Dados Empíricos"), a ser publicada no próximo número, versará sobre os esforços empreendidos para a medida de atitudes.

1 — Visão Histórica e Modelos Conceituais de Doença Mental

O levantamento dos trabalhos, sobretudo de natureza empírica, sobre as atitudes frente ao doente mental mostra-nos vasta gama de variáveis enfocadas, que afetariam estas atitudes.

Acreditamos ser importante, antes de introduzirmos as pesquisas coletadas, fazermos referência ao que chamaríamos "modelos para doença mental", isso porque tal procedimento nos permitirá uma visão histórica e sistemática do problema e, dessa forma, nos fornecerá maiores subsídios para sua compreensão.

Alguns autores (Selesnick & Alexander, 1968; Szasz, 1976; Masserman, 1955) percorreram a respeito de um modelo mais primitivo que se convencionou chamar *modelo místico*. Conforme tal modelo, o desconhecimento da natureza de muitos comportamentos exóticos apresentados por alguns indivíduos e a ausência de parâmetros lógicos e racionais para explicá-los, faziam destes comportamentos algo de temível e perturbador. Continuava, contudo, a necessidade de definí-los, de torná-los conhecidos. Esta inteligência evidentemente se fazia den-

tro dos padrões culturais da época, caracterizada por uma atmosfera mística, onde o aspecto religioso era o dominante. Este aspecto religioso da cultura procurou traduzir o enigma desses comportamentos estranhos em conceitos inteligíveis. Impôs-lhe, então, naturalmente, uma conotação moral de algo condenável, de pecado, uma vez que perturbavam a ordem social e, por conseguinte, explicou-os com base em forças malignas, em possessões demoníacas.

Esses conceitos demonológicos geravam atitudes marcadamente negativas em relação a tais comportamentos desviantes que se concretizavam em defesas extremas contra o perigo que representavam. Dessa forma, o medo, o ódio, a rejeição, se manifestavam claramente em práticas usuais de encarceramento, tortura, flagelação ou mesmo na condenação à morte dos indivíduos portadores desses comportamentos aberrantes.

A evolução histórica mostra-nos como, com o desenvolvimento do conhecimento, a questão do comportamento (no caso, do comportamento perturbador) passou para o domínio da ciência, que tomando-o como seu objeto de estudo, procurou, a seu modo, definí-lo, explicá-lo, identificá-lo e manipulá-lo. Visto que o conhecimento é um processo contínuo e cumulativo, ocorre que o saber científico manteve por muito tempo conceitos e técnicas investidos daquelas primeiras noções que tentavam elucidar o mistério envolvido nos comportamentos disruptivos, embora de uma forma alterada, aperfeiçoada, traduzida em linguagem e procedimentos científicos. Assim é que, numa analogia entre Religião e Ciência, a Igreja cedeu lugar à Psiquiatria, sucedendo a substituição do inquisidor-sacerdote, como diagnosticador, pelo psiquiatra; conseqüentemente, a explicação do fenômeno como doença manteve-se em detrimento da idéia de possessão demoníaca, as prisões passaram a chamar-se hospitais e o tratamento através do exorcismo foi substituído por técnicas cirúrgicas, farmacológicas, etc.

Esta é a perspectiva do *modelo médico* que se caracterizou, essencialmente, por atribuir aos comportamentos desviantes uma causa interna. Isto quer dizer que, conforme tal modelo, estes comportamentos são codificados como oriundos de um distúrbio físico e/ou mental, sendo vistos como manifestações de tais distúrbios, como por exemplo, de conflitos psíquicos, lesão nos sistemas nervoso central e endócrino, desvios metabólicos, entre outros. Em síntese, o que importaria, segundo essa abordagem, não seria o comportamento em si, já que se constitui uma sintomatologia, mas sim os fatores causais que o determinam.

Mais recentemente, num movimento liderado por cientistas sociais, a explicação da "doença mental" enfocou os *fatores sociais*, postos então em relevância como determinantes do problema (fatores estes anteriormente encobertos pelas teorias médicas). A visão dos distúrbios de comportamento como resultantes das condições de vida das pessoas, do tipo de interação com os outros e com o ambiente, das pressões e da estruturação do sistema social, substituiu em larga escala o postulado etiológico de causas internas, neurológicas, cerebrais, etc.

Ressalte-se, contudo, que neste processo histórico de evolução do pensamento não se verifica a adoção de um modelo puro e simplesmente, de forma a anular as demais concepções acerca da doença mental. Coexistem os pensamentos incorporados nestes modelos descritos, que continuam a exercer influência. Desse modo, encontramos, muito frequentemente, face a comportamentos desviantes posicionamentos distintos que refletem as três visões acima mencionadas: recomendações para consultas médico-psiquiátricas; crença em que mudanças ambientais contribuirão para a melhora ou cura; explicações de "mau olhado" e, conseqüentemente, uso de mágica como recurso para solucionar o problema.

2 — Aspectos Sócio-Culturais da Doença Mental

No enfoque em que são destacados os fatores sociais da doença mental, assumem papel de grande significação os aspectos culturais para a formação das atitudes frente à mesma. Tal importância é notada nos trabalhos de vários autores que se preocuparam e pesquisaram o tema.

Um destes trabalhos foi desenvolvido por Townsend (1975). Com base no fato estabelecido de que as culturas variam no modo de verem a doença mental (Benedict, 1934; Linton, 1956; Wallace, 1972), Townsend tentou verificar estas variações estudando as concepções culturais sobre doença mental entre alemães e norte-americanos. Suas amostras constituíram-se de estudantes secundários de ambos os países, para medidas das concepções populares, e de profissionais de hospital mental, para representar as concepções dos profissionais da área de saúde mental, nas duas referidas culturas. Pretendendo tornar as amostras o mais representativas possível dessas populações, os sujeitos foram escolhidos em várias regiões diferentes e equiparados quanto à classe sócio-econômica (os estudantes) e quanto a treinamento, experiência e local de trabalho (os profissionais). A participação dos sujeitos no estudo foi voluntária. O instrumento utilizado para medir concepções sobre doença mental foi o INFORMATION QUESTIONNAIRE (Nunnally, 1961) composto de 60 itens, devidamente traduzido e adaptado em alemão para este trabalho, e que consistiam em afirmações sobre saúde mental ou doença mental. O instrumento era respondido numa escala de 7 pontos, onde 1 significava total desacordo e 7 indicava total acordo com o conteúdo das questões. A devolução dos questionários foi suficientemente alta (americanos: 80%; alemães 75%), sendo 728 estudantes norte-americanos, 552 estudantes alemães, 79 profissionais norte-americanos e 102 profissionais alemães.

Townsend estabeleceu três hipóteses de trabalho:

- 1) diferenças interculturais nas concepções populares e dos profissionais sobre doença mental excedem as diferenças intraculturais;
- 2) considerando as diferenças interculturais, grupos de profissionais alemães e norte-americanos mostram, como resultado de socialização profissional, ser mais semelhantes entre si do que os leigos alemães e norte-americanos se assemelham um ao outro. Se estas

similaridades são verdadeiras pode-se prever a hierarquia de relações que segue:

- a) as diferenças intraculturais (estudantes e profissionais) seriam aproximadamente as mesmas em ambos os países e seriam pequenas diferenças;
- b) em seguida, profissionais alemães e norte-americanos, onde as diferenças seriam maiores;
- c) e por fim, estudantes alemães e norte-americanos teriam as maiores diferenças.

Essas expectativas podem ser melhor visualizadas no diagrama da figura 1, onde são expressas as distâncias entre os grupos de sujeitos pesquisados e onde $a < b < c$ e $a_1 = a_2$.

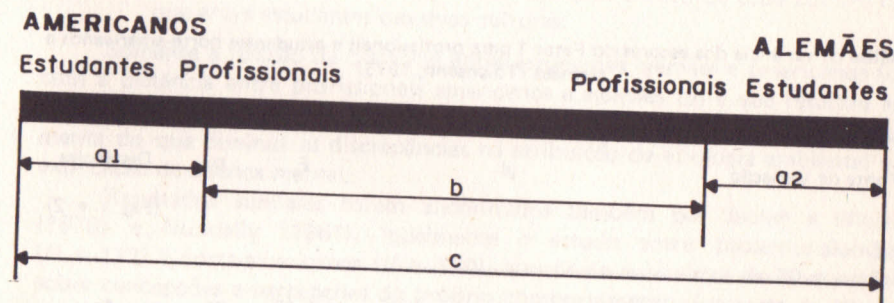


Fig. 1 — Distâncias relativas nas concepções de doença mental por cultura e profissão.

- 3) A terceira hipótese do autor diz que as concepções de doença mental mantidas por pacientes psiquiátricos alemães e americanos se assemelham às concepções dos profissionais e leigos do próprio país, mais do que se assemelham entre si.

Townsend não coletou dados para verificar essa terceira hipótese, mas a discussão da mesma foi feita com referência a dados publicados anteriormente sobre pacientes mentais.

Com os dados colhidos através da aplicação do mencionado "INFORMATION QUESTIONNAIRE" aos 1461 sujeitos, o autor efetuou uma análise fatorial, usando o método dos componentes principais e com rotação varimax, para identificar concepções básicas comuns às duas culturas.

A análise fatorial isolou três fatores importantes, sendo os dois primeiros relevantes ao presente trabalho.

Fator 1: Forças ambientais e esforço pessoal

Os itens do "INFORMATION QUESTIONNAIRE" que mostraram altas cargas neste fator enfatizavam a importância dos fatores ambientais na etiologia e na cura da doença mental, bem como a importância do esforço individual para a cura. Assim, tomar férias, mudar de ambiente ou aprender bons hábitos evitariam problemas mentais ou ajudariam na cura dos mesmos.

Para verificar as hipóteses 1 e 2 acima referidas, foram feitas quatro análises da variância simples entre: profissionais norte-americanos e alemães; estudantes norte-americanos e alemães; profissionais e estudantes norte-americanos; e profissionais e estudantes alemães. Os resultados, detalhados na tabela 1 e figura 2, mostram que

TABELA 1

Análise da variância dos escores do Fator 1 para profissionais e estudantes norte-americanos e alemães (Townsend, 1975)

Fonte de Variação	gl	F	p	Distâncias (Fig. 1 e 2)	
Intracultural: americanos	1	805	0,45	ns	a ₁
alemães	1	652	8,66	0,005	a ₂
Intercultural: profissionais	1	179	171,87	0,000	b
estudantes	1	1278	856,88	0,000	c

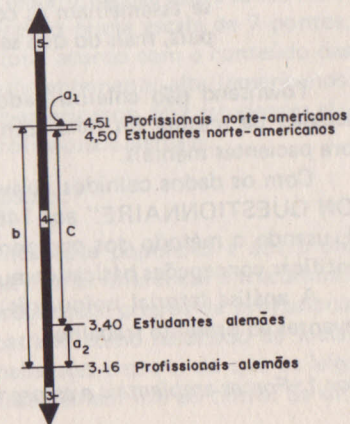


Fig. 2 Posição relativa das escores médios no fator 1 de Townsend por cultura e profissão.

- 1) os profissionais e estudantes norte-americanos apresentam a mesma intensidade de atribuição de fatores ambientais na etiologia da doença mental;
- 2) os profissionais alemães atribuem tais fatores ambientais muito menos do que seus conterrâneos estudantes;
- 3) os alemães, tanto estudantes quanto profissionais, atribuem esses fatores ambientais muito menos do que seus colegas americanos;
- 4) os profissionais de ambas as culturas são os que mais se distanciam nas concepções de doença mental com referência ao fator 1.

Portanto, fica verificado que:

- a₁ < a₂ : a diferença de concepção entre profissionais e estudantes norte-americanos é menor que no caso dos alemães;
- a e a₂ < b : as concepções dos profissionais de ambas as culturas são mais divergentes que as de seus conterrâneos estudantes;
- a₁ e a₂ < c : as distâncias de concepção são menores dentro de cada cultura do que entre estudantes das duas culturas.

Somente a relação de distância entre estudantes alemães e americanos (c) com a distância entre profissionais americanos e alemães (b) é que resultou ao contrário do esperado, pois b > c, mostrando que a profissionalização antes aumenta do que diminui as discrepâncias na atribuição de etiologia ambiental na explicação da doença mental.

Resultados similares foram encontrados também por Jackel e Wieser (1970) e Nunnally (1961). Igualmente o estudo entre pacientes alemães (N = 112) e norte-americanos (N = 110), através de entrevistas de 30 questões sobre concepções e percepções do próprio comportamento, um teste de 20 frases e um diferencial semântico de cinco escalas (Townsend, 1975) confirmou maiores semelhanças intraculturais que interculturais (hipótese 3).

ESQUEMA DE TOWNSEND

Item	Norte-americanos	Alemães
Causa da doença	forças ambientais	forças endógenas
Curabilidade	curável	não curável
Estereótipos	comportamento bizarro	distúrbios internos
Finalidade do internamento:		
● melhorar a saúde do paciente	24 %	46 %
● comportamento bizarro	12 %	2 %
Alta é dada por:		
● médico só	49 %	79 %
● melhora de comportamento do paciente	47 %	5 %

O estudo de Townsend mostra que a concepção de doença mental é muito diversa entre alemães e norte-americanos; estes acentuam que ela é um comportamento devido a situações ambientais e que a boa vontade e habilidade do paciente e do médico podem curá-la, ao passo que os alemães acentuam um caráter interno, biológico, vendo a doença virtualmente incurável. O esquema acima realça detalhes deste duplo modo de pensar; onde se vê, por exemplo, que a alta é dada por melhoria do comportamento do paciente quase só entre os norte-americanos, ao passo que entre os alemães só o médico decide:

Fator 2: Estereótipos negativos

O segundo fator que Townsend extraiu no seu estudo contém itens que descrevem o doente mental como uma pessoa estranha, relaxada no vestir, de olhos vidrados, incurável e sempre rindo. Neste fator as diferenças intraculturais são mais acentuadas (vide tabela 2 e figura 3) que as interculturais, rejeitando assim a hipótese 1. Esta ocorrência se deve aos profissionais que por experiência sabem que o bizarro não é característica dos doentes mentais. Por essa mesma razão, a hipótese 2 é fundamentalmente suportada, na medida em que a socialização profissional tende a diminuir diferenças interculturais.

TABELA 2

Análise da variância dos escores do Fator 2 para profissionais e estudantes norte-americanos e alemães (Townsend, 1975)

Fonte de Variação	gl	F	p	Distâncias (Fig. 1 e 3)	
Intracultural: americanos	1 e	805	18,83	0,000	a ₁
alemães	1 e	652	31,16	0,000	a ₂
Intercultural: profissionais	1 e	179	0,92	ns	b
estudantes	1 e	1278	15,10	0,000	c

Existe, portanto, uma tendência generalizada de negar a aplicação de estereótipos negativos aos doentes mentais; isto se verifica mesmo nas opiniões dos próprios doentes sobre si mesmos (Townsend, 1975). Estes dados tendem a contradizer a teoria da rotulação de Scheff (1966) no que se refere a estes estereótipos negativos; estereótipos não parecem fundamentar as concepções nem populares nem profissionais do doente mental. Aliás vários estudos mostram, por exemplo, que dois dos estereótipos mais comuns (violência incontrolável e ilusão de grandeza) ocorrem pouco entre os doentes mentais. O próprio Scheff (1966) verificou menos violência entre os doentes que entre a população geral e Rokeach (1964) descobriu pouca incidência de ilusões de grandeza.

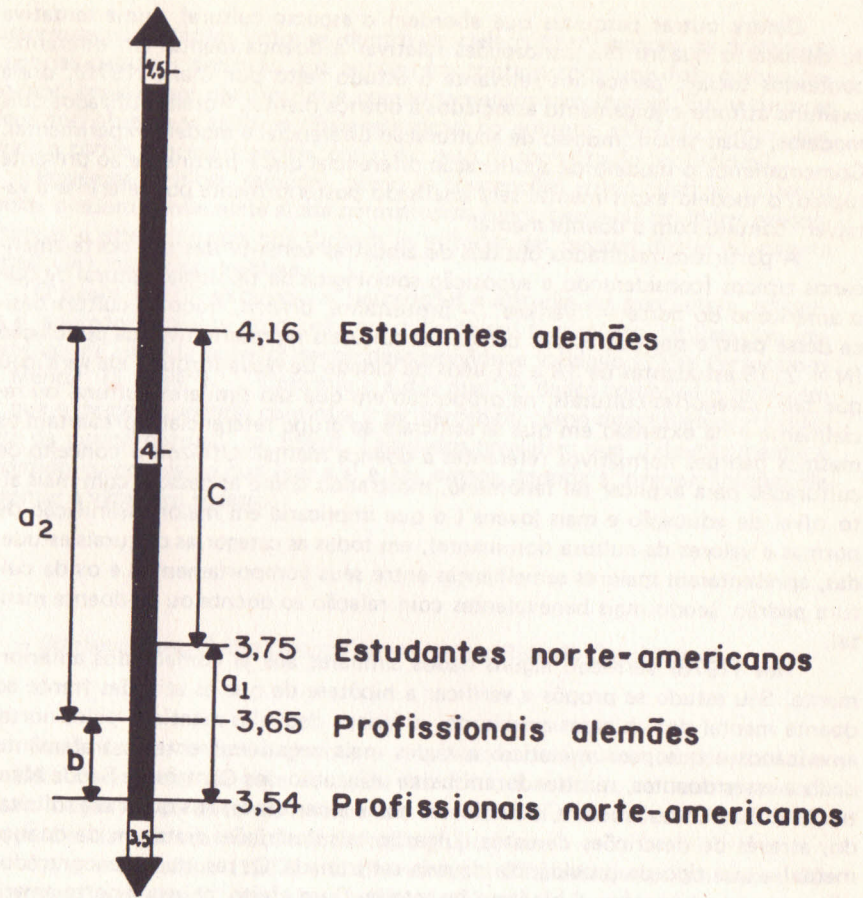


Fig. 3 Posição relativa dos escores médios no fator 2 de Townsend por cultura e profissão.

Para Townsend, a função dos estereótipos se situa com relação ao medo que o comportamento insano produz nos sujeitos normais e não no fato deles definirem realmente os comportamentos sintomas do doente. Com efeito, eles servem como advertência para precaver-se contra a imprevisibilidade do comportamento do doente; servem ainda para estabelecer para o público em geral critérios de distinção entre quem é doente e quem não é (Yarrow *et al.*, 1955a; Star, 1955) e servem, finalmente, para justificar o confinamento total dos doentes mentais.

Dentre outras pesquisas que abordam o aspecto cultural, numa tentativa de delinear o quadro das concepções relativas à doença mental em diferentes contextos sociais, parece-nos relevante o estudo feito por Clark (1976), onde examina atitude e julgamento associados à doença mental. Foram utilizados dois modelos, quais sejam, modelo de aculturação diferencial e modelo experimental. Comentaremos o modelo de aculturação diferencial que é pertinente ao presente tópico; o modelo experimental será analisado posteriormente por referir-se à variável "contato com o doente mental".

A partir dos resultados obtidos de amostras constituídas por norte-americanos típicos (considerando a oposição sociológica da tipologia cultural de que o americano do norte — "yankee" — protestante, branco, traduz a cultura básica desse país) e por outras seis categorias culturais representativas da população (N = 2118 estudantes de 18 a 31 anos da cidade de Nova Iorque), ele verificou que tais categorias culturais, na proporção em que são similares cultural ou racialmente e na extensão em que se associam ao grupo referencial, apresentam os mesmos padrões normativos referentes à doença mental. Utilizou o conceito de cultura para explicar tal fenômeno, mostrando como as pessoas com mais alto nível de educação e mais jovens (o que implicaria em maior assimilação de normas e valores da cultura dominante), em todas as categorias culturais estudadas, apresentaram maiores semelhanças entre seus comportamentos e os da cultura padrão, sendo mais benevolentes com relação ao doente ou ex-doente mental.

Hee (1978) verificou alguns dados similares aos já comentados anteriormente. Seu estudo se propôs a verificar a hipótese de que as atitudes frente ao doente mental dos chineses-americanos diferiam daquelas mantidas pelos norte-americanos e que predominariam atitudes mais negativas frente ao tratamento dado a esses doentes, resultando em baixa utilização dos Centros de Saúde Mental. Utilizou, como amostra, 60 chineses norte-americanos, aos quais era solicitado, através de descrições de casos, julgar se tais descrições tratavam de doença mental e que tipo de providência deveria ser tomada. Os resultados encontrados não suportaram, porém, a hipótese levantada. Com efeito, chineses-norte-americanos revelaram estereótipos comuns à cultura norte-americana, embora tenham sido verificadas algumas variações no reconhecimento de diferentes tipos de doença mental, o que a autora explica como decorrente de diferenças culturais na definição de normalidade e nos padrões de comportamentos aceitos. Constatou também que a distância social do paciente psiquiátrico era mantida pelos sujeitos sob o caráter de cautela e que as atitudes psicossociais negativas em relação ao doente eram associadas a idéias de periculosidade, irracionalidade e incapacidade deste, sugerindo a existência de muito estigma envolvendo o doente mental.

Tomando os resultados encontrados nestes estudos, podemos perceber mais uma vez, o quanto o fator cultural determina as concepções e comportamentos das pessoas em relação ao fenômeno doença mental. Na verdade, dentro de uma mesma cultura as similaridades são notáveis: norte-americanos e alemães

mostram-se consistentes entre si, dentro de cada cultura; pessoas de origem ou categorias culturais distintas, que entram em contato com uma dada cultura dominante, apresentam concepções e comportamentos semelhantes. Entre culturas diferentes, observa-se maiores dissimilaridades; no entanto, estas são diminuídas devido a certos processos sociais, como é o caso da socialização profissional.

Podemos verificar, também, como as concepções atuais relativas à doença mental predominantemente ainda permanecem fundamentadas em idéias preconceituosas e estereotipadas que dirigem as atitudes das pessoas diante do doente mental, de uma forma negativa.

O'Keefe (1978) explorou as percepções e atitudes de psiquiatras, advogados e legisladores diante do doente mental e do seu tratamento. Utilizou um instrumento de medida anteriormente desenvolvido e validado ("The Perceptions of Mental Ill Scale"). Concluiu o autor que "os dados compilados implicam em que o paciente mental continua a ser percebido como qualitativamente diferente da pessoa normal" (p. 5583). Tais dados revelaram que o doente mental é percebido como pessoa que lesa a si e aos outros, temida e inferior, incapaz de enfrentar a vida com sucesso.

3. — *Conhecimento Sobre Doença Mental e Sua Relação Com Atitudes*

Supõe-se que o conhecimento a respeito da doença mental constitui um elemento com poder de determinação das atitudes relativas ao doente mental. Alguns trabalhos de pesquisa enfocaram essa variável e os dados coletados servem para esclarecer sua posição em relação ao problema.

Pryer e Distefano (1977) trabalharam com 61 auxiliares psiquiátricos, 30 homens e 31 mulheres, com idade média de 31 anos e 6 meses, 12 anos de escolaridade e 4 anos e 3 meses de tempo de serviço. Os autores investigaram algumas categorias atitudinais (medidas pelo "OPINIONS ABOUT MENTAL ILLNESS SCALE" — OMI — de Cohen & Struening, 1962): autoritarismo, benevolência, ideologia de higiene mental, restritividade social e etiologia interpessoal. Estas categorias foram relacionadas com áreas de conhecimento de saúde mental (medidas pelo "PSYCHIATRIC AIDE TEST" de 60 itens de múltipla escolha — Distefano, Pryer & Craig, 1976): entendimento das desordens psíquicas e hospitalização, terapia básica e comunicação, cuidados físicos de enfermagem, cuidados 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 conhecimento sobre doença mental (vide tabela 3). Uma correlação negativa foi igualmente encontrada entre tempo de serviço e restritividade ($r = -28, p < 0,05$).

TABELA 3

Correlação entre fatores atitudinais e conhecimento de doença mental (Pryer & Distefano, 1977)

TESTE	Autoritarismo	Benevolência	Ideologia de Higiene	Restritividade de Social	Etiologia interespacial
Conhecimento das desordens psíquicas e hospitalização	- 0,32 *	ns	ns	- 0,40 **	ns
Terapia básica e Comunicação	- 0,33 **	ns	ns	ns	ns
Cuidados Físicos de Enfermagem	ns	ns	ns	- 0,34 *	ns
Cuidados Médicos de Enfermagem	ns	ns	0,34 **	ns	ns
Relatório e Fichamento de comportamento do paciente	- 0,40 **	ns	0,31 *	- 0,27 *	ns
Score total de conhecimento	- 0,47 **	0,27 *	0,31 **	- 0,43 **	ns

*p < 0,05

**p < 0,01

ns = não significativo

Esses resultados indicam que o conhecimento sobre saúde mental está realmente associado a atitudes mais favoráveis em relação ao doente mental. Parecem estar condizentes com os resultados de Townsend, que encontrou entre os profissionais de saúde mental, em relação a estereótipos, maior rejeição do que entre pacientes e estudantes; embora não tenha sido diretamente avaliado, tal resposta poderia significar atitudes mais positivas.

Alguns aspectos semelhantes foram obtidos dos resultados de uma tese de doutoramento (Sampson, 1976) que abordou as atitudes de 93 pára-profissionais treinados em saúde mental. O objetivo deste trabalho foi estudar atitudes de pára-profissionais treinados em relação à doença mental, ao trabalho em comunidades terapêuticas e aos profissionais de saúde mental; também verificou a relação entre autoconceito e atitudes, mudanças de atitudes e estabilidade de atitudes.

Um estudo piloto com 27 para-profissionais treinados durante 100 horas em experiências práticas serviu para o desenvolvimento dos instrumentos para medida das atitudes frente ao trabalho e aos profissionais de área de saúde mental e outro para medida do autoconceito. Os 93 para-profissionais amostrados para a pesquisa foram selecionados de duas faculdades que treinam estudantes para a área de saúde. Primeiramente, foram submetidos a "Tennessee Self Concept Scale", resultando em três grupos, a saber: autoconceito positivo, médio autoconceito e autoconceito negativo. Em seguida, os sujeitos responderam o O.M.I. e a "Attitude Toward Work and Professionals". Foram então distribuídos ran-

domicamente em quatro grupos de tratamento: contato, informação, contato-informação e controle.

Os sujeitos do grupo "contato" interagiram com pacientes durante 10 horas; no grupo "informação" participaram de um curso com leituras, filmes e panfletos apresentando atitudes positivas de indivíduos em relação a pacientes, trabalho e profissionais de saúde mental, durante 10 horas; o 3.º grupo, "contato-informação", gastou 5 horas de contato com pacientes e 5 horas de curso; os sujeitos do grupo de controle foram engajados em grupos de atividades e expostos a módulos de comunicação de terapia de realidade e análise transaccional, sem contato nem informação com respeito a doentes mentais.

Os principais resultados obtidos foram:

- 1) Várias relações positivas ou negativas foram encontradas entre o autoconceito e os métodos de tratamento do doente mental, bem como as atitudes frente à doença mental, ao trabalho e aos profissionais de saúde mental;
- 2) experiências de contato e informação foram métodos efetivos, para alguns grupos de autoconceito, na mudança para atitudes mais positivas frente à doença mental, ao trabalho e aos profissionais de saúde mental;
- 3) todos os sujeitos iam se tornando cada vez mais negativos em suas atitudes frente aos profissionais de saúde mental na passagem do primeiro ao terceiro período de testagem;
- 4) todos os grupos de autoconceito diminuíram seus escores nas dimensões de Autoritarismo e Restritividade Social, enquanto aumentaram em Benevolência e Ideologia de Higiene Mental;
- 5) houve mudanças positivas no autoconceito depois da experiência prática de 100 horas, no estudo piloto.

Embora os resultados não sejam contundentes, eles indicam a existência de uma relação positiva entre atitudes mais favoráveis para com o doente mental e o nível de conhecimento de doença mental e a intensidade do contato com o paciente, contato que obviamente geraria maior conhecimento.

Uma outra pesquisa (Moscowitz, 1975) investigou opiniões a respeito de comportamentos indicativos de doença mental, entre profissionais da área (16 psiquiatras, 42 psicólogos e 85 assistentes sociais) e o público em geral (N= 120). Esse estudo se baseia na literatura que afirma haver diferenças entre as concepções de doença mental dos profissionais de saúde mental e do público em geral. Os profissionais têm sido considerados como um grupo que avalia maior número de comportamentos desviantes como indicativos de doença mental e tais comportamentos como mais seriamente doentes do que o público. Tem sido proposto também que os profissionais, mais do que o público, associam os indicativos de doença mental com julgamentos de imprevisibilidade, periculosidade, incompreensibilidade, inapropriedade social, aumento do desconforto subjetivo e fraqueza moral por parte do doente mental.

Como hipótese, foi então suposto que não há diferenças no número e severidade de comportamentos avaliados como refletindo doença mental e que não há diferenças nas qualidades do comportamento associado com julgamentos de

doença mental, entre profissionais e público. Para esse estudo, foi desenvolvido um questionário com 20 descrições de sintomas de doença mental que deveriam ser avaliados numa escala de 7 pontos. Essas descrições foram classificadas em dimensões associadas com julgamentos de doença mental e com julgamentos da sanidade deles mesmos. Encontrou-se como resultado a inexistência de diferenças significativas entre os dois grupos, no que se refere ao número e à severidade dos comportamentos tomados por ambos como indicativos de doença mental. Revelou ainda que as respostas dos profissionais para a avaliação destes comportamentos correlacionavam-se com concepções de inadequação social e moral deficiente, particularmente para comportamentos que refletiam a reação esquizo-frênica paranóide.

A autora chama a atenção para a inconveniência de se aceitar como conclusivos estes resultados, por conta das limitações metodológicas de seu trabalho*. Afirma, contudo, que outros estudos (Manis *et al.*, 1965) também revelaram acordo entre profissionais e público; é ainda consistente com os resultados de Townsend, já comentados anteriormente. A partir destes resultados, a afirmação baseada no ponto de vista de que os profissionais de saúde mental tendem a rotular comportamentos desviantes como mais indicativos de doença mental do que o público leigo, deve ser questionada e reexaminada cuidadosamente. Mas, no que tange às qualidades dos comportamentos julgados como indicativos de doença mental, os dados foram apenas parcialmente consistentes com pesquisas anteriores.

Considerando os dados expostos acima, devemos ficar alertados para o fato de que concepções negativas sobre doença mental possivelmente são também adotadas pelos profissionais, a despeito de seu conhecimento do problema; ou ainda, que este mesmo conhecimento apresenta-se investido de tais concepções. As implicações que teria para as atitudes destas pessoas em relação ao doente mental não foram diretamente abordadas.

Partindo do pressuposto de que os professores de escola secundária têm importante papel na socialização dos jovens, influenciando seu desenvolvimento cognitivo e emocional, Durham (1977) investigou os conhecimentos, opiniões e atitudes relativas à doença mental, entre os mesmos (161 professores de escola secundária; 173 professores de escolas de verão e 69 futuros professores). Para obter os dados dessas amostras, foram usados um diferencial semântico (15 conceitos e 12 escalas) e "Mental Health Opinion Items" com 35 questões tiradas de Nunnally (1961). Vinte desses itens fornecem a base para o desenvolvimento do "Knowledgeability Score", que determina o nível de similaridade da opinião dos sujeitos com a opinião de profissionais na área da saúde mental. Três hipóteses gerais foram estabelecidas:

- 1) O conceito de "ex-paciente mental" não será distinto do conceito de "normal";

* Apenas 12% do público abordado respondeu o questionário e 34% dos profissionais!

- 2) A favorabilidade dos tipos de conceitos será da seguinte ordem: profissionais, normal, doença física, desordem emocional, desordem grave;
 - 2.a) doença cardíaca e câncer serão mais favoravelmente percebidos do que o conceito de desordem grave por todos os sujeitos;
 - 3) os futuros professores tenderão a ver o conceito de doença grave menos negativamente do que os professores de verão e professores secundários.
- Os resultados deram apoio às hipóteses 1, 2 e 2a, mas não à hipótese 3, mostrando que a opinião de futuros professores era igual a dos demais professores.

Outras hipóteses foram levantadas, referentes ao relacionamento entre conhecimento e nove variáveis sociais. Os resultados mostraram que apesar de os professores se revelarem razoavelmente informados sobre doença mental, suas atitudes eram predominantemente negativas, não diferindo das opiniões e atitudes do público, mesmo para os professores da área de ciências sociais.

Investigando mais essa variável escolaridade, poder-se-ia supor que o nível de escolaridade parece, à primeira vista, intimamente ligado ao fator conhecimento da doença mental, uma vez que um mais alto nível de educação permite mais amplos e variados conhecimentos, entre os quais, matérias sobre o problema da doença mental. Uma investigação de tal variável é encontrada no trabalho de Smith (1977) com 989 estudantes de vários níveis escolares, cujas opiniões e conhecimento sobre saúde mental foram comparados aos dos profissionais de saúde mental, professores e público em geral. Esta pesquisa investiga duas questões básicas. Primeira: como o nível de escolaridade afeta o conhecimento sobre saúde mental? Segunda: está o conhecimento sobre o conceito de saúde mental associado às características sociais dos estudantes e dos pais?

O conhecimento sobre o conceito de saúde mental foi medido através do "Mental Health Opinion Items" com 35 itens (Nunnally, 1961). As variáveis avaliadas foram:

Variáveis dependentes : Escores refletindo similaridade de respostas com:

- 1) profissionais
- 2) público em geral
- 3) professores de escola secundária

Variáveis independentes: Nível de escolaridade (anos de escola), sexo, currículo universitário, educação dos pais, ocupação do pai, experiência com doença mental e média geral acumulada (MGA).

Com referência ao nível de escolaridade, os resultados mostraram o seguinte:

- 1) existe, de um modo geral, uma relação monotônica entre aumento de

nível escolar e aumento de similaridade de respostas dos alunos com os dos seus professores;

- 2) alunos de níveis escolares mais avançados apresentam maiores conhecimentos sobre doença mental do que alunos nas primeiras séries da universidade.

Esses resultados dão certo suporte à suposição de que a escolaridade ajuda o conhecimento sobre doença mental e na socialização do estudante. Mas é de se perguntar se tal ocorrência favorece também uma atitude mais positiva para com o doente mental.

Uma questão que julgamos importante nesse contexto poderia ser aqui levantada; diz respeito ao tipo de *modelo* conceitual seguido pelas pessoas, o qual orienta suas atitudes frente à doença mental. Provavelmente, modelos diferentes adotados pelas pessoas (e aqui chamamos a atenção para aquelas que possuem conhecimento do problema, como é o caso dos profissionais de saúde mental) resultam em diferentes atitudes. Isso poderia explicar, pelo menos parcialmente, as diferenças encontradas nos resultados apresentados, quando focalizado o aspecto do conhecimento da doença mental.

Esses modelos, conforme examinados por alguns pesquisadores (Morrison & Nevid, 1976; Morrison *et al.*, 1977), se constituem em duas diferentes abordagens: médica e psicossocial. Ambos os estudos utilizaram como instrumento de medida o "Client Attitude Questionnaire", um instrumento de 20 itens que mede o nível de aceitação do modelo psicossocial na ideologia e prática psiquiátricas (Morrison & Becker, 1975). Morrison e Nevid (1976) previam que: 1) os profissionais psiquiatras e enfermeiras, por causa de sua formação médica, teriam menor aceitação da posição psicossocial do que os psicólogos e assistentes sociais, cuja formação é mais orientada na área dos enfoques da aprendizagem social; e 2) os pacientes psiquiátricos que já foram hospitalizados, por terem estado em contato intenso com a orientação do modelo médico durante o tratamento, seriam menos orientados para a posição psicossocial do que psicólogos, assistentes sociais e pacientes psiquiátricos ambulatoriais que nunca foram hospitalizados por razões psiquiátricas.

Os autores utilizaram como profissionais 20 psiquiatras, 23 enfermeiros psiquiátricos, 16 psicólogos e 25 assistentes sociais; e como pacientes, 41 pacientes previamente hospitalizados e 20 pacientes não hospitalizados, randomicamente selecionados entre 82 sujeitos que recebiam serviços psiquiátricos em um mesmo centro comunitário de saúde mental.

Os resultados (vide tabela 4) mostram que os psicólogos obtêm escores significativamente superiores a todos os demais profissionais e pacientes na aceitação da posição psicossocial; igualmente, os assistentes sociais apresentam escores superiores a todos os outros profissionais (exceto psicólogos) e pacientes. Entretanto, os pacientes hospitalizados e não hospitalizados não diferem neste particular. Assim, aceitação da posição psicossocial aparece hierarquizada em três níveis distintos, a saber, psicólogos, depois assistentes sociais, e por fim, num bloco só, psiquiatras, enfermeiras e pacientes. Outro trabalho de Morrison *et*

al (1977) teve como hipótese que advogados e médicos aceitam mais o modelo médico do que os estudantes dessas disciplinas. A amostra constou de 52 advogados, 58 médicos (excluídos os psiquiatras), 37 estudantes de advocacia e 21 estudantes de medicina.

TABELA 4

Média e desvio padrão para escores de questionário de atitudes do cliente (Morrison & Nevid, 1976)

SUJEITOS	N	\bar{X}	DP
Psicólogos	16	49,25	5,24
Assistentes Sociais	25	45,76	4,67
Enfermeiros Psiquiátricos	23	42,87	4,30
Psiquiatras	20	42,80	5,15
Pacientes não hospitalizados	20	42,75	5,33
Pacientes hospitalizados	40	40,71	5,17

Os resultados (vide tabela 5) mostram que os estudantes não diferem entre si, mas que eles, tanto de medicina quanto de advocacia, aceitam significativamente mais o modelo psicossocial do que seus colegas profissionais, esses mais orientados pelo modelo médico.

TABELA 5

Média e desvio padrão para os resultados obtidos no questionário de atitudes do cliente (Morrison *et al.*, 1977)

SUJEITOS	N	\bar{X}	DP
Estudantes de Advocacia	37	36,43	5,11
Estudantes de Medicina	20	35,52	4,27
Advogados	52	33,17	3,88
Médicos	58	31,72	4,67

Em seu estudo com famílias de 50 pacientes clínicos e 50 psiquiátricos, Bentinck (1967) encontrou, através do uso do "Opinions About Mental Illness", diferenças significativas apenas para a dimensão Ideologia da Saúde Mental, a qual foi mais endoçada pelas famílias dos pacientes clínicos. Observou a autora que o contato com o paciente mental parece estar associado com menos aceita-

ção do modelo médico de doença mental. Comparando famílias e profissionais, as famílias de pacientes mentais mostraram atitudes mais semelhantes aos profissionais de classes mais baixas ("blue-collar") de hospitais não psiquiátricos, sendo geralmente mais pessimistas quanto aos resultados do tratamento, mais restritivas e mais autoritárias que os profissionais de saúde mental.

Os dados dessas pesquisas mostram que o modelo conceitual (médico vs. psicossocial) na avaliação da doença mental influi grandemente na opinião das pessoas com referência ao doente mental. Observa-se igualmente que certas profissões (por exemplo, médica) e certas orientações na formação de novos profissionais (por exemplo, medicina, enfermagem, advocacia) favorecem o modelo médico com sucesso. Entretanto, uma formação acadêmica em geral mais elevada bem como um nível maior de escolaridade favorecem uma maior aceitação do modelo psicossocial, obviamente mais para certas orientações, como psicólogo e assistente social, e menos para outras, como médico e advogado. Tal ocorrência mostra, portanto, que existe uma interação entre nível escolar e contato com o paciente de um lado, e o modelo conceitual do sujeito sobre doença mental, do outro, interação que explicaria resultados divergentes de pesquisas sobre atitudes para com o doente mental, quando levam em conta somente uma dessas variáveis.

4 — Contato Com o Doente Mental e Sua Relação Com Atitude

4.1 — Em Geral

O fator contato com a doença mental é, na realidade, uma variável de interesse fundamental no contexto do presente trabalho. Tal interação envolve aspectos afetivos, em alguns níveis de contato mais que em outros, além de que envolve também aspectos cognitivos, na medida em que a proximidade com o doente mental fornece informações e conhecimentos a respeito. Como observou Smith (1977), a experiência com o doente mental produz maior conhecimento do fenômeno, o que já ficou observado em 3.

Dalia (1975) estudou 105 estudantes de graduação, 72 no grupo experimental e 33 do grupo de controle. Os sujeitos do grupo experimental foram submetidos a um projeto experimental envolvendo participação e interação com pacientes psiquiátricos. A autora verificou que tal interação com o doente não proporcional mudanças significativamente maiores, em comparação com os outros 33 estudantes que pretendiam participar deste projeto, mas que não o fizeram. Observou também que o envolvimento pessoal dos estudantes do projeto foi correlacionado a mudanças no fator atitudinal Autoritarismo (uma escala do O.M.I.). A autora questionou a adequabilidade desse instrumento para tal estudo, mas de qualquer forma os resultados sugerem um dado importante que diz respeito ao envolvimento na interação com o doente mental como propulsor de atitudes favoráveis. Assim, possivelmente, não seria o contato em si, mas a sua qualidade o fator determinante das atitudes em relação à doença mental. O fato de o grupo

controle (estudantes que não interagiram com os pacientes) ter sido constituído de pessoas que se mostravam dispostas a tal interação poderia explicar a não diferença entre mudanças obtidas para este e para o grupo experimental.

O contato com pacientes psiquiátricos, como atividade voluntária para estudantes, foi estudado por Kish e Hood (1974). Nesta pesquisa foram observadas mudanças significativas nas concepções dos estudantes acerca do comportamento dos pacientes, em função da experiência tida num hospital psiquiátrico. Com efeito, antes do contato com os pacientes, estes eram vistos como pessoas mais irritadas e menos competentes socialmente do que após o contato. A maior e mais consistente mudança nos estereótipos foi que, depois da experiência de contato, os pacientes passaram a ser vistos como pessoas menos perigosas.

Tomando a idéia que propõe a qualidade do contato como fator determinante de atitudes frente ao doente mental, o elemento "voluntariedade" em interagir com o paciente, neste trabalho, provavelmente teve influência nos resultados obtidos.

Outras pesquisas tendem a confirmar que o contato com o doente mental leva a atitudes mais positivas em relação ao mesmo.

O estudo de Clark (1976) revelou que a experiência prévia das pessoas com a doença mental, em termos de envolvimento íntimo com indivíduos que foram hospitalizados ou que tiveram distúrbios emocionais, resultou numa tendência a maior tolerância dessas pessoas em se relacionarem com tais indivíduos.

Por outro lado, foi constatado por Hee (1978), em relação ao contato com pacientes psiquiátricos, que a ligação próxima com alguém que já recebeu ajuda de profissionais de saúde mental ou que já esteve hospitalizado por problemas mentais ou emocionais, não estava relacionada com maior reconhecimento de doença mental, com mais frequentes recomendações de ajuda profissional ou com atitudes de maior aceitação para com o paciente, contrariando os estudos de Dalia (1975) e Kish e Hood (1974).

Pode-se perceber destes estudos que exploraram a variável *contato com a doença mental*, que ela se constitui um elemento relevante dentre aqueles capazes de afetar as atitudes das pessoas frente ao doente mental. Na medida em que aparece associado a outras condições, tais como conhecimento da doença mental e envolvimento afetivo, traduzido pelo relacionamento íntimo ou disposição em relacionar-se com o doente mental, o contato provavelmente produzirá atitudes favoráveis.

Um segundo nível de contato com a doença mental, mais específico, concerne à relação dos familiares com o membro doente da família.

A importância de se tomar a família como objeto de análise, dentro do estudo da doença mental, advém do interesse teórico de cientistas sociais quanto ao controle social do fenômeno, como também de necessidades práticas derivadas dos programas de saúde que têm atribuído papel relevante à interação família-paciente. A influência da família sobre o paciente tem sido assinalada porque uma grande proporção de pacientes, uma vez deixando o hospital e retornando ao ambiente doméstico, acabam sendo reinternados (Kreisman & Joy, 1974).

4.2 – Contato e Família

Os primeiros estudos abordavam a família como fator etiológico e/ou que mantém a doença mental. Mais recentemente, a família passou a ser vista como entidade que reage à doença mental; isso porque, ao interagir com o membro doente mental, ela é afetada por seu comportamento e precisa adaptar-se; assim, ela requer uma definição para o problema, procura meios de ajuda, muitas vezes é obrigada a dispensar contínuos cuidados ao indivíduo, acarretando uma alteração nos padrões de vida da família, nos papéis desempenhados por cada um de seus membros.

Tem sido observado (Lederer, 1952; Yarrow *et al.*, 1955a) que no processo de definição da doença mental de seu parente, a família passa por estágios caracterizados por negação-aceitação, incerteza-certeza. No estudo de Lederer, constatou-se que a reação à doença mental é semelhante à reação à doença física. Há, primeiramente, uma transição de saúde para a doença, em que os sintomas se tornam conhecidos, acarretando ansiedade, raiva, negação ou passividade; em seguida, a aceitação da condição de doente, formalizada pelo diagnóstico e terapia; e finalmente, a visão do paciente como convalescente, com seu retorno à família.

Yarrow *et al.* atentaram também para o fato de que o reconhecimento da doença mental pela família, principalmente nos estágios iniciais, raramente é feito em termos de explicação psicológica, mas a visão de doença física e/ou fatores situacionais (como por exemplo, excesso de trabalho) são os determinantes que predominam.

Hollingshead e Redlich (1958) encontraram essa mesma tendência (teorias somáticas, hereditárias, explicações baseadas em “mau-olhado” etc) de modo mais acentuado nas classes mais baixas da população, revelando as classes superiores, informações mais detalhadas sobre a doença mental.

Ainda com respeito à definição da doença mental pelos familiares, um fator foi tomado como de grande importância, em muitos estudos: o relacionamento da família com o paciente. A hipótese geral aceita, é de que existe resistência por parte da família em reconhecer a doença mental ou insistência na negação dessa condição para o indivíduo.

Rose (1959) e Mills (1962), com base nos resultados de seus estudos, apoiaram tal suposição, afirmando que laços mais próximos impedem a família de perceber prontamente a doença mental. Sakamoto (1969) também verificou que a distância facilita o diagnóstico do distúrbio psicológico.

No entanto, outros pesquisadores testaram essa teoria da “defesa perceptual” e encontraram novas variáveis que influenciam a identificação da doença mental, tais como tipo de sintoma e aspectos do relacionamento família-paciente.

Clausen (1959), entrevistando uma amostra de 23 esquizofrênicos casados, verificou que, quando o comportamento sintomático foi dirigido para o cônjuge, esse comportamento foi mais provavelmente interpretado como desviante. Safliios-Rothschild (1968), ao replicar o estudo, observou que o sentimento de con-

fiança no cônjuge agiu como principal determinante na rotulação do comportamento.

As atitudes da família em relação ao “seu” doente mental, de acordo com a literatura existente, parecem estar investidas tanto de aspectos negativos quanto positivos. Embora não haja muitos trabalhos focalizando as crenças e concepções da família a respeito da doença mental, uma série de pesquisas analisou os componentes afetivos e comportamentais das atitudes que os familiares têm frente ao parente doente mental. De modo geral alguns desses aspectos foram salientados em estudos empíricos. Na opinião de Rabkin (1972), as concepções negativas do público em geral sobre a doença mental são generalizadas para a família. Poderíamos então esperar que muitas das respostas das pessoas ao seu familiar doente mental sejam predominantemente negativas. Se as concepções populares, segundo já tivemos oportunidade de comentar, revestem-se de idéias preconceituosas e estereotipadas e tomam uma forte conotação moral de algo condenável (tais como violência, irresponsabilidade, imprevisibilidade etc), seria lógica a tendência a perceber os comportamentos do paciente conforme essas idéias e, conseqüentemente, reagir a eles de forma defensiva. Ou seja, certos comportamentos tenderiam a ser rotulados de desvio, adquirindo um caráter ameaçador; logo, as pessoas temeriam, teriam ressentimentos e vergonha do indivíduo que dessa forma se comportasse.

Por outro lado, no relacionamento com o paciente, a nível da família, existem laços afetivos capazes de interferir no esquema esboçado acima. A força da proximidade entre as pessoas leva à percepção mais real e total de cada uma, superando a visão parcial e negativa da pessoa estigmatizada.

Essa idéia se assemelha ao pensamento de Goffman (1963): quando a interação e afeto são pequenos, a pessoa estigmatizada assume qualidade não humana, o que permite ao ambiente discriminá-la e encoraja os outros que interagem com ela a se comportarem como se o estigma fosse a essência da pessoa, o que leva a extrema rejeição; no entanto, quando o relacionamento é íntimo, a definição como pessoa estigmatizada é menor, podendo-se perceber qualidades além de defeitos.

Também o aspecto *conhecimento* é observado entre as famílias, pela preocupação em melhor informar-se a respeito da doença mental (decorrente do envolvimento afetivo com o paciente). Dessa forma, encontra-se aumento de tolerância, apoio, compreensão entre as famílias que convivem com o doente mental (Kreisman & Joy, 1974).

No entanto, o envolvimento afetivo constitui, no âmbito das relações familiares, algo bastante complexo. É pertinente, baseado na teoria da família como fator etiológico da doença mental (pelo tipo de interação pais-filhos, pelo sistema familiar desorganizado, pela sintomatologia dos pais, etc), pensar-se no elemento *culpa*, contido nos sentimentos da família em relação ao parente doente. Kreisman e Joy citam essa culpa, envolvida nos comportamentos desviantes, como possível elemento a determinar atitudes negativas, especificamente, rejeição ao doente mental. Contudo, o trabalho de Korke (1959), considerando, entre outros, alguns pais de crianças esquizofrênicas que reconheceram sua influên-

cia pessoal, admitindo a própria responsabilidade pela condição do filho (categoria de pais que denominou do "tipo afetivo"), constatou que estes mesmos pais foram mais tolerantes a mudanças profundas nos valores pessoais, no relacionamento conjugal e na educação da criança, do que os demais pais (que não admitiam tal responsabilidade ou que se apresentaram confusos sobre o próprio papel na doença do filho), além do que perceberam os pacientes mentais como seres humanos que são capazes de respostas compreensivas e de incluírem-se na vida familiar. Esses resultados nos levam a pensar que o sentimento de culpa suposto na relação família-paciente, pode muito bem atuar como mediador de atitudes favoráveis.

Na verdade, algumas pesquisas empíricas demonstraram a existência de atitudes negativas da família em relação ao doente mental, assim como seus sentimentos e consequentes comportamentos, enquanto que outros estudos verificaram o oposto.

Yarrow *et al.* (1955a) concluíram a partir de seus dados, que as famílias comportam-se como se o doente mental pertencesse a um grupo minoritário, percebendo-os como menos privilegiados, marginalizados. Hollingshead e Redlich (1958) observaram ressentimento e medo como reações comuns das classes mais baixas. Segundo Myers e Roberts (1959) a vergonha foi um sentimento comum entre as famílias de classes mais baixas.

Em contraste com os dados acima, Lewis e Zeichner (1960) observaram que cerca de 50% da amostra examinada expressou compreensão para com o familiar doente, enquanto que apenas 17% caracterizou-se por atitudes hostis e medo, o restante mostrando-se ambivalente.

As atitudes da família em relação ao doente mental membro da família foram investigadas também através de seus comportamentos de isolar o paciente do convívio social.

Um terço das famílias abordadas por Yarrow *et al.*, no mesmo estudo anterior, demonstraram padrões agressivos desses comportamentos: evitaram o contato com amigos ou mudaram-se para diferentes partes das cidades; um terço delas falaram a respeito da doença do familiar com apenas poucas pessoas (geralmente amigos mais íntimos); e o restante da amostra pode ser descrito como comunicando-se extensivamente e expressando pouco medo das consequências sociais. Esses resultados foram relacionados com outra variável: número e tempo de hospitalização. Concluiu-se que a experiência com a doença mental exerce papel importante nas reações da família: enquanto que, na condição de primeira hospitalização, a família revelava sentimentos de vergonha, quando as hospitalizações eram numerosas e/ou longas, esse sentimento não aparecia, sugerindo um processo de acomodação da família à situação.

A partir dessas evidências, percebe-se a influência no comportamento dos sentimentos de vergonha, decorrentes da percepção do estigma.

Uma outra variável que merece ser considerada — tipo de sintoma apresentado, — em relação aos sentimentos da família, foi abordada por Grad e Sainsbury (1963), que confirmaram a suposição de Goffman de que, quando o compor-

tamento não é tão evidentemente bizarro, a vergonha não constitui o aspecto mais saliente das atitudes.

Esses dados em relação às atitudes da família frente ao doente mental parecem conflitantes, sendo difícil esboçar alguma conclusão a respeito. No entanto, servem para indicar a complexidade da questão, enquanto revelam uma ampla variedade de atitudes e de fatores a elas associados.

Alguns estudos apresentados forneceram índices razoáveis de confirmação, a respeito de que o contato com a doença mental poderia estabelecer e/ou manter certos tipos de atitudes das pessoas em relação ao doente mental. Especificamente com respeito ao contato familiar, existe uma série de pesquisas que tentaram isolar tal variável para medir aceitação ou rejeição (através dos componentes comportamentais das atitudes). A maioria dessas pesquisas mostrou claramente que as pessoas que têm contato próximo com o doente mental apresentam posição menos rejeitadora em relação ao paciente.

Whatley (1959) observou, entre as pessoas que não tinham relacionamento com pacientes mentais (através de visitas ou dentro da própria família), maior recusa em aceitar o estigmatizado.

Chin-Shong (1968) estudou graus diferentes de proximidade e verificou diminuição de atitudes de distância para as pessoas que tinham laços próximos com um paciente mental. Um interessante aspecto, dentro dos dados colhidos, foi que a atitude de aceitação se mostrou maior para os pacientes que eram amigos próximos do respondente, do que para aqueles que eram membros da família do respondente. O autor comenta tal fato com base na ameaça que a doença mental representa para a família.

Gráus de proximidade e atitudes de rejeição-aceitação também foram objetos de estudo de Phillips (1963), embora associados ao tipo de ajuda recebida pelo paciente. As conclusões a que chegou foram: a rejeição do paciente foi menor quando nenhuma ajuda para problemas emocionais foi mencionada, e foi maior quando a ajuda requerida foi hospitalização; em relação ao parente doente, a rejeição foi menor quando o tipo de ajuda foi a procura de um médico do que quando não houve procura de ajuda ou esta constituiu-se em hospitalização; finalmente, os familiares mostraram-se menos rejeitadores do que as pessoas que não tinham amigos ou conhecidos com problemas emocionais.

As evidências acima nos apontam a direção em que as atitudes tendem a mudar quando há contato com o doente mental, direção esta positiva, de maior aceitação, suportando a idéia de Goffman de que intimidade força o conhecimento das características da pessoa, resultando em menor estigma. Dão indicação também do estigma que envolve a pessoa internada em hospital.

As atitudes da família em relação ao doente mental foram também abordadas através do estudo da visita ao paciente, comportamento este considerado como bom indicador da ligação afetiva entre a família e paciente.

Dentre alguns dos fatos evidenciados, foi observado que pacientes com menos tempo de hospitalização tinham maior contato com suas famílias; isso sugere

re concordância com a idéia do processo de acomodação sofrido pela família, em função do longo tempo da doença (Rawnsley *et al.*, 1962).

Gillis e Keet (1965) relacionaram visita e reaceitação do paciente, concluindo que a visita parece ser menos opressiva e/ou desorganizadora do que a reaceitação do paciente. Isso é comentado com base no fato de que, dentro da família, apenas certas pessoas assumem a responsabilidade de apoiar o paciente, o que isenta os demais membros de suas funções junto a este. Dessa forma, a não visita do paciente pela família pode ser tida como forte medida de rejeição.

De acordo com as evidências de que as concepções sobre o doente mental incorporam imagens estereotipadas (idéias de incurabilidade, dentre outras), poderíamos pensar que as expectativas em relação à cura e à alta do paciente seriam extremamente pessimistas e que, por tal razão, as atitudes de aceitação do seu retorno à família, provavelmente estariam comprometidas. A literatura pertinente apresenta dados que tendem a validar tal suposição, como também, por outro lado, mostra que a questão é bem mais complexa, sofrendo influência de outras variáveis, como as dificuldades práticas da vida, que contribuem para a rejeição do paciente. Ademais, existem estudos que têm demonstrado atitudes de aceitação, às vezes expressas no desejo da família em cuidar do paciente.

As concepções sobre o paciente mental, mantidas por seus familiares, parecem ser mais caracterizadas (quando comparados a pessoas sem parentesco com doentes mentais) por crenças na necessidade de o paciente permanecer no hospital e por percepções dele como pessoa incapaz de conduzir-se a si mesmo convenientemente (Swingle, 1965). O pessimismo quanto à melhora do paciente tem sido expresso na relutância em aceitá-lo de volta à casa familiar, tal resistência se acentua em função do número e tempo de internação (Rose, 1959; Hollingshead & Redlich, 1958). Isso indica, provavelmente, uma reação ao estigma do rótulo de doença mental imposto pela hospitalização. A rejeição tem sido ainda manifestada quando os familiares passam a não considerar o paciente como membro da família, isentam-se da obrigação de cuidar dele ou requerem total cura como condição para sua alta (Alivisatos & Lyketsos, 1964).

Alguns estudos têm registrado a ocorrência de atitudes mais favoráveis, entre as famílias, à alta do paciente, favorecendo seu retorno à casa (mesmo após longo internamento — Evans *et al.*, 1961) ou expressando o desejo de que voltasse a morar junto à família (Freeman & Simmons, 1963; Brown *et al.*, 1966). Lemkau (1968), baseado em sua experiência pessoal, cita que a família tem, frequentemente, resistido à hospitalização e, geralmente, remove o paciente do hospital contra a indicação médica, o que não é condizente com atitudes de rejeição.

Carstairs (1959) observou que a permanência do paciente na comunidade estava relacionada com atitudes positivas da família, com receptividade, percepção do paciente como não perigoso e com a presença de uma pessoa significativa para o doente.

Barrett *et al.* (1972) encontraram resultados similares: quando a reação da família era muito amável, o paciente tendia a permanecer fora do hospital.

Esses estudos parecem mostrar que concepções positivas geram aceitação do paciente, além do que essa aceitação contribui para sua "melhora" (não re-

hospitalização). Outros estudos chamam a atenção para o fato de que a questão não parece tão simples, sendo necessário examinar outras características da interação família-paciente.

Brown *et al.* (1958), por exemplo, verificaram que os pacientes que viviam com suas mães ou cônjuges, tiveram alto índice de readmissão hospitalar, em comparação com aqueles que viviam com parentes mais distantes ou em alojamentos. Em outro estudo, Brown *et al.* (1962) procuraram explicar tal evento utilizando a noção de um nível ótimo de emotividade; hipotetizaram que o comportamento do paciente poderia se deteriorar se na casa para onde ele retornasse houvesse fortes expressões emocionais e que, neste caso, a re-hospitalização poderia ser evitada se o contato familiar fosse mínimo. Como resultado, obtiveram que 75% dos pacientes, vivendo num clima muito emocional, apresentaram deterioração do comportamento (não há referência ao conteúdo destas expressões emocionais). Brown *et al.* (1972) averiguando expressões emocionais, tais como crítica, hostilidade, insatisfação, entusiasmo e superenvolvimento emocional, encontraram semelhante relação entre altas expressões emocionais e recaída do paciente.

Davis *et al.* (1957), estudando as atitudes dos familiares referentes à doença mental e ao hospital mental relacionadas com o retorno do paciente, observaram que os pacientes com mais alto nível de desempenho tinham famílias com visão ambientalista da doença mental, que acreditavam que a doença não mudava basicamente a pessoa, e com atitudes favoráveis ao hospital. Estes autores observaram ainda que as famílias de pacientes bem sucedidos tendiam a vê-los como normais e tinham atitudes positivas em relação ao hospital. Relacionando nível de educação, aquelas famílias mais educadas censuravam menos os pacientes.

Lorei (1964) constatou que baixos escores em Autoritarismo e Restritividade Social e altos escores em Benevolência (O.M.I.) estavam associados com a permanência do paciente na comunidade. Escores em Etiologia Interpessoal e Ideologia de Higiene Mental não mostraram relação com tal variável. A percepção do paciente pela família como pessoa não diferente da normal e não responsável por sua condição foi relacionada ao ajustamento do paciente na comunidade.

Deykin (1961), por fim, afirma que a tolerância da família e da comunidade para com o ex-paciente mental é um dos fatores centrais relacionados com o sucesso da saída do hospital; sua hipótese foi que o amor da família pelo paciente e a culpa sobre sua doença seriam responsáveis por baixo índice de reincidência. O fator *culpa*, presente nas atitudes da família à doença mental do parente, aparece novamente trazendo resultados positivos, ou seja, parece levar a famílias a comportamentos adequados (tolerância, no caso), uma vez que produziu adaptação do paciente à comunidade.

Esses estudos servem para demonstrar o quanto a família influencia o comportamento do paciente. Atitudes positivas, concepções favoráveis, interações satisfatórias são, em geral, geradoras de melhor ajustamento.

O levantamento da literatura, ainda que conduzido preferencialmente sob o ângulo da influência do conhecimento e do contato, revelou uma série de variáveis que afetam as opiniões e as atitudes das pessoas com relação à doença mental.

Uma das dificuldades de avaliar acuradamente a influência dessas variáveis, dificuldade que transparece na literatura em termos de resultados e conclusões não raramente divergentes e discordantes, reside no fato da impossibilidade de se estudar todas em conjunto numa só pesquisa. Não é, com efeito, difícil se admitir que a razão ou uma razão importante da discordância de resultados nas pesquisas se situe no fato da existência de interações, inclusive de variada complexidade, entre estas variáveis, interações que evidentemente só aparecem quando as variáveis são estudadas em conjunto.

Para contornar tal dificuldade, aliás por demais comum em estudos de caráter sócio-psicológico, se faz mister a elaboração de um contexto semântico teórico que, como um modelo, procure estruturar as várias possíveis relações existentes entre todas as variáveis em jogo. Esta parte do presente trabalho visa precisamente fornecer um modelo que represente uma tentativa de integrar os resultados das pesquisas feitas sobre a influência das várias variáveis que seriam responsáveis pelas atitudes com relação à doença mental e ao doente mental. Este modelo seguramente representa um primeiro esboço que pesquisas futuras poderão melhor detalhar e especificar, especialmente elucidando e verificando empiricamente uma série de relações entre as variáveis que por ora são ainda conjecturas. Especificamente, o modelo está ainda longe de poder definir, por exemplo, as correlações parciais entre as variáveis preditivas do modelo com relação à variável "atitudes", passo importante para se poder prever com maior precisão os efeitos possíveis daquelas sobre esta.

Começaremos a exposição do modelo com apresentação de um diagrama (Fig. 4) para facilitar a discussão dos detalhes.

O modelo explicita que as variáveis que diretamente afetam as atitudes com relação à doença mental são:

- 1) o conhecimento sobre a doença mental, o qual tende a tornar as atitudes mais positivas e favoráveis com relação ao doente mental (Pryer & Distefano, 1977; Sampson, 1976; Moscovitz, 1975; Durham, 1977; Smith, 1977; vide ponto 3 para detalhes);
- 2) Os modelos conceptuais que as pessoas têm da doença mental, especificamente o modelo médico e o modelo psicossocial e até o modelo demológico de estereótipos e preconceitos (vide parte 1; Morrison & Nevid, 1976; Morrison *et al.*, 1977; Bentinck, 1967);
- 3) o contato com os doentes mentais que torna as pessoas mais favoráveis aos mesmos (Dalia, 1975; Kish & Hood, 1974; Clark, 1976);

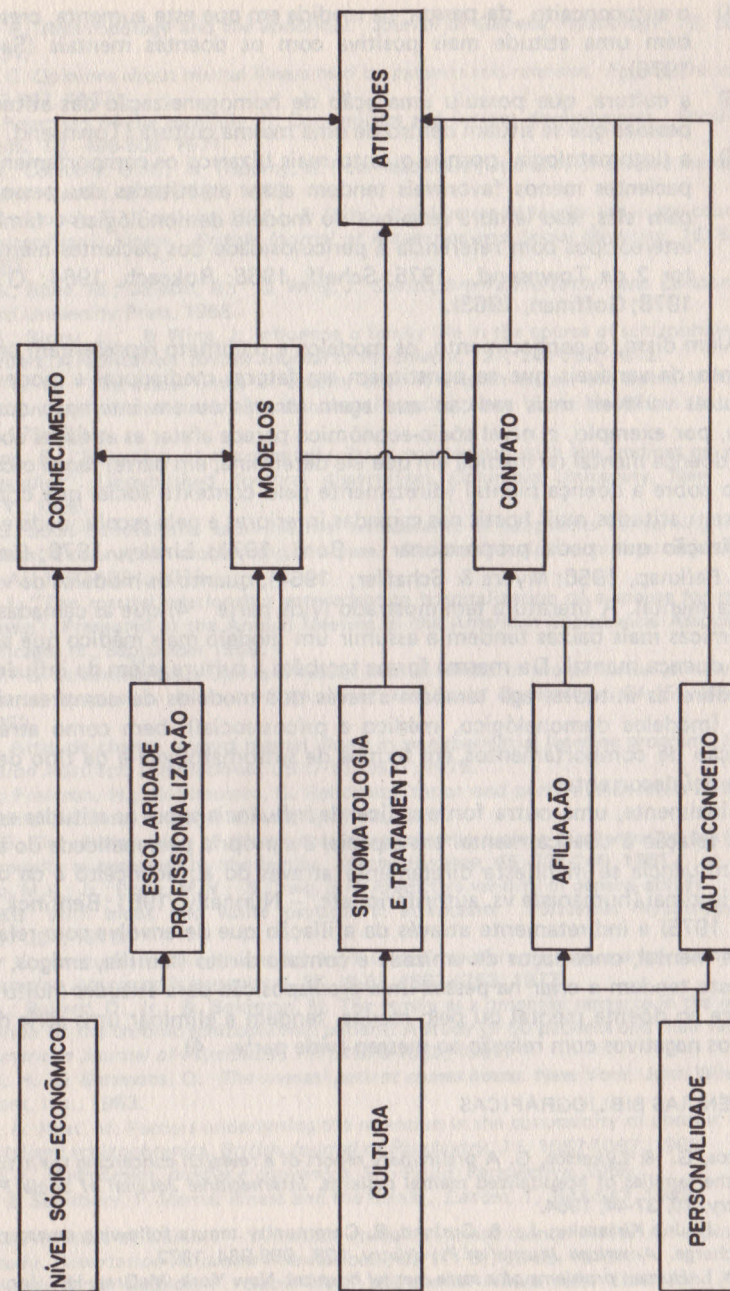


Fig. 4 Modelo integrativo das variáveis que afetam as atitudes para com a doença mental.

- 4) o autoconceito da pessoa; na medida em que este aumenta, cresce também uma atitude mais positiva com os doentes mentais (Sampson, 1976);
- 5) a cultura, que possuiu uma ação de homogeneização das atitudes das pessoas que se situam dentro de uma mesma cultura (Townsend, 1975);
- 6) a sintomatologia, porque quanto mais bizarros os comportamentos dos pacientes menos favoráveis tendem a ser as atitudes das pessoas para com eles; isso lembra ressaibos do modelo demonológico e também os estereótipos com referência à periculosidade dos pacientes mentais (factor 2 de Townsend, 1975; Scheff, 1966; Rokeach, 1964; O'Keefe, 1978; Goffman, 1963).

Além disso, o conhecimento, os modelos e o contato representam um agrupamento de variáveis que se constituem em fatores mediadores e moderadores de outras variáveis mais radicais que agem através ou em interação com eles. Assim, por exemplo, o nível sócio-econômico parece afetar as atitudes com relação à doença mental na medida em que ele determina, em parte, tanto o conhecimento sobre a doença mental (diretamente pelo contexto social que cria, onde aparecem atitudes mais hostis nas camadas inferiores e pela escolaridade e profissionalização que pode proporcionar — Bord, 1971; Linsky, 1970; Goffman, 1963; Belknap, 1956; Myers & Schaffer, 1954), quanto os modelos de visão da doença mental. A literatura tem mostrado (vide parte 4) que as camadas sócio-econômicas mais baixas tendem a assumir um modelo mais médico que ambiental da doença mental. Da mesma forma também a cultura, além da influência direta sobre as atitudes, age também através dos modelos de compreensão que criam (modelos demonológico, médico e psicossocial), bem como através da rotulação de comportamentos em termos de sintomatologia e de tipo de tratamento daí decorrentes.

Finalmente, uma outra fonte radical de influência sobre as atitudes em geral e com relação à doença mental em especial é a própria personalidade do sujeito. Esta influência se manifesta diretamente através do autoconceito e da orientação atitudinal (humanista vs. autoritário, etc. — Nunnally, 1961; Bentinck, 1967; Dalia, 1975) e indiretamente através da afiliação que desenvolve com relação ao doente mental, onde laços de amizade e contato direto (família, amigos, visitas) com este tendem a criar na pessoa uma predisposição para atitudes muito positivas face ao doente mental ou pelo menos, tendem a eliminar uma série de estereótipos negativos com relação ao mesmo (vide parte 4).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alivisatos, G. & Lyketsos, G. A preliminary report of a research concerning the attitude of the families of hospitalized mental patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 10, 37-44, 1964.

Barrett, J., Jr.; Kiriansky, J.; & Gurland, B. Community tenure following emergency discharge. *American Journal of Psychiatry*, 128, 958-964, 1972.

Belknap, I. *Human problems of a state mental hospital*. New York: McGraw-Hill, Inc., 1956.

Benedict, R. Anthropology and the abnormal. *Journal of General Psychology*, 10, 59-80, 1934.

Bentinck, C. Opinions about mental illness held by patients and relatives. *Family Process*, 6, 193-107, 1967.

Bord, R. Rejection of the mentally ill: Continuities and further developments. *Social Problems*, 18, 496-509, 1971.

Brown, G.; Carstairs, G.M.; & Topping, G. Post-hospital adjustment of chronic mental patients. *Lancet*, 2, 685-689, 1958.

Brown, G.; Monck, E.; Carstairs, G.M.; & Wing, J. Influence of family life in the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 55-68, 1962.

Brown, G.; Bone, M.; Dalison, B.; & Wing, J. *Schizophrenia and social care*. London: Oxford University Press, 1966.

Brown, G.; Birley, J.; & Wing, J. Influence of family life in the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258, 1972.

Carstairs, G. M. The social limits of eccentricity: A English study. In: Opler, M.K. (ed) *Culture and mental health: Cross-cultural studies*. New York: MacMillan Co., 1959, pp 373-389.

Chin-Shong, E. "Rejection of the mentally ill: A comparison with the findings on ethnic prejudice". Unpublished doctoral dissertation, Columbia University, New York, N.Y., 1968.

Clark, J.C. Socio-cultural and experimental antecedents of judgments concerning mental illness: Explanatory models and analyses. *Dissertation Abstracts International*, 37, (2-A). 1233-1234, 1976.

Clausen, J. "The marital relationship antecedent to hospitalization of a spouse for mental illness". Presented at the Annual Meeting of the American Sociological Association, Chicago, Ill., September 1959.

Cohen, J. & Struening, E.L. Opinions About Mental Illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64 (5), 349-360, 1962.

Dalia, V. Attitude change toward mental illness in an experiential learning program. *Dissertation Abstracts International*, 35 (7-B), 3551, 1975.

Davis, J.; Freeman, H.; & Simmons, O. Rehospitalization and performance levels of 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, 235-246, 1961.

Distefano, M.K.; Jr.; Pryer, M.W.; & Craig, S.H. Predictive validity of general ability tests with black and white psychiatric attendants. *Personnel Psychology*, 29, 197-204, 1976.

Durham, K. Attitudes and opinions of high school teachers toward mental health. *Dissertation Abstracts International*, 37, (9-B), 4552-4753, 1977.

Evans, A.; Bullard, D., Jr.; & Solomon, M. The family as a potential resource in the rehabilitation of the chronic schizophrenic patient: A study of 60 patients and their families. *American Journal of Psychiatry*, 117, 1075-1083, 1961.

Freeman, H. & Simmons, O. *The mental patient comes home*. New York: John Wiley and Sons, Inc., 1963.

Gillis, L. & Keet, M. Factors underlying the retention in the community of chronic unhospitalized schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, 11, 1057-1067, 1965.

Goffman, I. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1965.

Grad, J. & Sainsbury, P. Mental illness and the family. *Lancet*, 1, 544-547, 1963.

Hee, L.L. Attitudes of Chinese — American students toward mental illness: An exploratory study. *Dissertation Abstracts International*, 38 (11-B), 55-56, 1978.

Hollingshead, A. & Redlich, F. *Social class and mental illness*. New York: John Wiley & Son, Inc., 1958.

- Jackel, M. & Wieser, S. *Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1970.
- Kish, G.B. & Hood, R.W. Voluntary activity promotes more realistic conceptions of the mentally ill by college students. *Journal of Community Psychology*, 2 (1), 30-32, 1974.
- Korkes, L. The impact of mentally ill children upon their parents. *Dissertation Abstracts International*, 19, 3392-3393, 1959.
- Kreisman, D.E. & Joy, V.D. Family response to the mental illness of a relative: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 34-57, 1974.
- Lederer, H. How the sick view their world. *Journal of Social Issues*, 8, 4-15, 1952.
- Lemkau, P. Evaluation of the effect of changes in environmental factors, with special attention to public attitudes toward mental health and mental illness. In: Zubin, J. & Freyhan, F. (eds.) *Social Psychiatry*. New York: Grune & Stratton, Inc., 1968, pp. 349-362.
- Lewis, V. & Zeichner, A. Impact of admission to a mental hospital on the patient's family. *Mental Hygiene*, 44, 503-509, 1960.
- Linsky, A. Who shall be excluded: The influence of personal attributes in community reaction to the mentally ill. *Social Psychiatry*, 5, 166-171, 1970.
- Linton, R. *Culture and mental disorders*. Springfield, Ill.: Thomaz, 1956.
- Lorei, T. Prediction of length of stay out of the hospital for released psychiatric patients. *Journal of Consulting Psychology*, 28, 358-363, 1964.
- Manis, J.G.; Hunt, C.L.; Brawem, M.J.; & Kercher, L.C. Public and psychiatric conceptions of mental illness. *Journal of Health and Human Behavior*, 6 (1), 48-55, 1965.
- Masserman, J.H. *The practice of dynamic psychiatry*. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1955.
- Mills, E. *Living with mental illness: A study in East London*. London: Loutledge and Kegan Paul, Ltda., 1962.
- Morrison, J.K. & Becker, R. Seminar-induced change in a community psychiatric team's reported attitudes toward "mental illness". *Journal of Community Psychology*, 3, 281-284, 1975.
- Morrison, J.K. & Nevid, J.S. Attitudes of mental patients and mental health professionals about mental illness. *Psychological Reports*, 38, 565-566, 1976.
- Morrison, J.K.; Peterson, R.M.; Simons, P.; & Gold, B.A. Attitudes toward mental illness: A conflict between students and professionals. *Psychological Reports*, 41, 1013-1014, 1977.
- Moscovitz, I.S. Identification of behavior as indicative of mental illness by mental health professionals and the general public. *Dissertation Abstracts International*, 35, (12-B, pt 1), 6105-6106, 1975.
- Myers, J.K. & Schaffer, L. Social stratification and psychiatric practice: A study of an outpatient clinic. *American Sociological Review*, 19, 307-310, 1954.
- Myers, J.K. & Roberts, B. *Family and class dynamics in mental illness*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1959.
- Nunnally, J.C. *Popular conceptions of mental health: Their development and change*. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1961.
- O'Keefe, A.M. Perceptions of the mentally ill and their treatment: Toward meaningful social policy. *Dissertation Abstracts International*, 38 (11-B), 5583, 1978.
- Phillips, D. Rejection: A possible consequence of seeking help for mental disorders. *American Sociological Review*, 28, 963-972, 1963.
- 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. Opinions about mental illness: A review of literature. *Psychological Bulletin*, 77, 153-171, 1972.

- Rawnsley, K.; Loudon, J.B.; & Miles, H.L. Attitudes of relatives to patients in mental hospitals. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 1-15, 1962.
- Rokeach, M. *The three Christs of Ypsilanti*. New York: Knopf, 1964.
- Rose, C. Relatives' attitudes and mental hospitalization. *Mental Hygiene*, 43, 194-203, 1959.
- Sakamoto, Y. A study of the attitude of Japanese families of schizophrenics toward their ill members. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 17, 365-374, 1969.
- Sampson, M.B. Paraprofessionals in community mental health: Attitudes, attitude change, and attitude stability. *Dissertation Abstracts International*, 37, (5-A), 2648-2649, 1976.
- Scheff, T. *Being mentally ill: A sociological theory*. Chicago, Ill: Aldine, 1966.
- Selesnick, S.T. & Alexander, F.G. *História da psiquiatria*. São Paulo: Ibrasa, 1968.
- Smith, D.L. Mental health opinions of high school students: An exploration. *Dissertation Abstracts International*, 37, (9-A), 6077-6078, 1977.
- Star, S.A. "The public's ideas about mental illness". Unpublished manuscript, National Opinion Research Center, University of Chicago, 1955.
- Swingle, P. Relatives' concepts of mental patients. *Mental Hygiene*, 49, 461-465, 1965.
- Szasz, T.S. *A fabricação da loucura*. Rio: Zahar, 1976.
- Townsend, J.M. Cultural conceptions, mental disorders and social roles: A comparison of Germany and America. *American Sociological Review*, 40, 739-752, 1975.
- Wallace, A.F.C. Mental illness, biology and culture. In: Hsu, F. (ed.) *Psychological Anthropology*. Cambridge: Schenkman, 1972.
- Whatley, C. Social attitudes toward discharged mental patients. *Social Problems*, 6, 313-320, 1959.
- Yarrow, M.; Clausen, J.; & Robbins, P. The social meaning of mental illness. *Journal of Social Issues*, 11, 33-48, 1955 (a).