

ATITUDE FRENTE AO DOENTE MENTAL

Um Modelo Etiológico e Medida de Atitudes

PARTE II — *Construção, Validação, Adaptação da Escala de Atitudes frente ao Doente Mental — ADM — e Dados Empíricos*

LUIZ PASQUALI *

ANALUIZA MENDES PINTO NOGUEIRA **

ANTÔNIO ELMO DE OLIVEIRA MARTINS ***

FRANCISCO MOACIR DE MELO CATUNDA MARTINS ****

RESUMO

Tendo como fundamento teórico um modelo explicativo das atitudes em relação à doença mental, os autores desenvolveram e aplicaram uma escala de medida de atitude — ADM — em diferentes ocasiões. Neste trabalho, apresentam o processo de elaboração do instrumento de medida e os dados empíricos obtidos a partir do mesmo. Analisam e discutem as divergências encontradas em seus resultados à luz da influência de uma variável sobre as atitudes, qual seja, o Conhecimento de doença mental, o qual remete aos Modelos que sustentam as concepções acerca da questão.

ABSTRACT

A Attitude Towards the Mental Ill

An Etiological Model and Measure of Attitudes Parte II — Construction, Validation and Adaptation of a measurement standard of attitudes towards the mental ill (ADM) — an empirical data.

The authors developed and applied a system of measurement of attitudes in different situations based upon an explicative model of the attitudes towards the mental illness. Here they show the process of elaboration of the instrument of measurement and empirical data from his same process. They analyse divergences resulting from this work considering the influence of the variable "unknowledge-ment of mental illness" and "the attitudes toward the mental ill".

* Ph.D., Un

** UFC

*** UFES

**** Ph. D., UnB

INTRODUÇÃO

Este trabalho, que trata das Atitudes em relação à Doença Mental, em seus aspectos teórico-conceituais e empíricos, consta de duas partes que estão sendo publicadas nesta Revista em dois diferentes números.

A PARTE I, publicada no número anterior (para o qual remetemos o leitor que deseje uma visão mais completa e detalhada do assunto), se refere à "Elaboração de um Modelo Integrativo da Atitude frente ao Doente Mental". Nela é apresentada uma revisão bibliográfica dos estudos que abordam os fatores determinantes das atitudes, a partir dos quais foi elaborado o Modelo Integrativo.

Nesta PARTE II, é focalizada a questão da medida de atitude: o processo de construção, validação e adaptação do instrumento de medida e os dados empíricos já obtidos mediante sua utilização.

CAPÍTULO 1

MEDIDA DE ATITUDE FRENTE AO DOENTE MENTAL

(A ESCALA ADM – Atitudes Frente ao Doente Mental)

1.1 – CONSTRUÇÃO DA ADM

1.1.1 – *Justificativa*

O estudo das atitudes tem se fundamentado no pressuposto teórico, empiricamente comprovado, de que existe uma relação entre atitude e comportamento (Fishbein e Ajzen, 1975), ou seja, de que as ações dos indivíduos com referência a um determinado objeto são, em parte, determinadas por suas atitudes a respeito de tal objeto.

Em se tratando das atitudes frente ao doente mental, a literatura tem demonstrado a predominância, na população, de atitudes preconceituosas e estereotipadas, e tem revelado a influência que exercem sobre a reabilitação do paciente, sendo que atitudes mais negativas tendem a cronificar e agravar o quadro da doença, enquanto que atitudes mais positivas favorecem a melhora e reintegração social do paciente (Davis *et al.*, 1957; Hollingshead e Redlich, 1958; Carstairs, 1959; Nunnally, 1961; Deykin, 1961; Lorei, 1964; Cohen e Struening, 1964; Barrett *et al.*, 1972; Rabkin, 1972 e 1974).

Com o surgimento da psiquiatria social e comunitária, cujas estratégias e ideologia são incorporadas pelo assim denominado movimento de saúde mental, muitos programas foram levados a efeito, mais especificamente nos EEUU, com o propósito de desenvolver na população uma concepção mais positiva e realista acerca da doença mental. Alguns estudos realizados para avaliar tais programas relatam notáveis progressos do público, em termos de atitudes mais positivas, maior tolerância e aceitação do doente mental, além de uma aumentada capaci-

dade para identificação de casos de doença mental e disposição para utilização dos serviços psiquiátricos disponíveis (Crocetti e Lemkau, 1963; Crocetti *et al.*, 1971; Meyer, 1964; entre outros estudos).

Tendo em vista a inexistência de qualquer instrumento de medida de atitudes frente ao doente mental, validado para a população brasileira, os autores se propuseram a construir uma escala de modo a possibilitar estudos no campo, em que a metodologia da ciência pudesse ser empregada, permitindo, portanto, uma confiabilidade e precisão dos resultados obtidos.

A ADM poderá, por conseguinte, ser útil às pesquisas na área de saúde mental, podendo ser aplicada como instrumento para diagnóstico de grupos sociais, sobre o qual se poderá planejar estratégias de ação referentes ao tratamento e reabilitação psiquiátrica, assim como para seleção do pessoal a trabalhar em saúde mental, particularmente em unidades psiquiátricas.

1.1.2 – *Especificação do Objeto e Atributo de Medida*

O "objeto" que a ADM pretende medir é o doente mental. Este conceito é aqui tomado da concepção psiquiátrica corrente que aponta a pessoa que se caracteriza por ser diferente dos demais, no sentido dela se encontrar num estado avançado de um processo de desintegração que lhe dificulta ou impossibilita um funcionamento psicológico normal. É a pessoa, enfim, vítima de uma "doença" psíquica sobre a qual ela não tem controle e que a incapacita para uma vida pessoal e social satisfatórias (Braginsky *et al.*, 1969) e que precisa, por isso, de ajuda e tratamento psicológico ou psiquiátrico, seja ambulatorial ou de internamento.

O atributo específico que a escala deseja medir desse "objeto" doente mental é o desvio comportamental. Esse desvio consiste na avaliação subjetiva das pessoas com referência ao doente mental que engloba percepções do mesmo como um indivíduo incapaz, desorientado, violento, com desvios sexuais e alienado. Tais percepções podem abarcar aspectos cognitivos e afetivos.

1.1.3 – *Dimensões e Fundamentação Teórica*

A seleção das dimensões que compõem a Escala de Atitudes Frente ao Doente Mental (ADM) baseou-se em dados fornecidos por diversas fontes.

A primeira delas consistiu na consulta ao campo teórico através da bibliografia referente ao tema, desenvolvida na parte I do presente trabalho. Várias idéias expressas nas pesquisas dos diversos autores ali referidos foram aproveitadas na elaboração do presente instrumento de medida, particularmente as idéias ou itens contidos na escala de Cohen e Struening – "Opinions About Mental Illness – OMI" – (1962) e no "Information Questionnaire" de Nunnally (1961).

Uma outra fonte de dados para a seleção das dimensões constituiu a própria experiência na prática clínica de seus autores.

Um número total de 14 dimensões compôs inicialmente a ADM. Serão aqui apresentadas tais dimensões, suas respectivas definições e fundamentação teórica.

1) Periculosidade

Característica do indivíduo de provocar nas pessoas reações de medo, fuga e/ou defesa, pela alta probabilidade de causar danos físicos, morais e/ou materiais.

A inclusão desta dimensão deveu-se à referência à mesma na teoria da Rotulação de Scheff (1966). Estudos empíricos não comprovam inteiramente essa teoria (Rokeach, 1964; Scheff, 1966); entretanto, parece que tal dimensão apresenta, pelo menos, alguma relevância nas concepções sobre doença mental (Swingle, 1965; Townsend, 1975). Além disso, Hee (1978) comprovou a associação de noções de periculosidade com as atitudes de rejeição ao paciente mental.

2) Aparência

Aquilo que o indivíduo mostra em seu aspecto exterior, que inclui cuidados com o próprio corpo, com vestimentas, expressões faciais, posturas e gestos.

A escolha desta dimensão deveu-se às evidências no que se refere à sua força em determinar concepções sobre a doença mental (Nunnally, 1961; Townsend, 1975).

3) Produtividade

Capacidade do indivíduo para realizar trabalhos úteis e/ou criativos com possibilidade ou não de gerar renda.

Tal dimensão baseou-se nas descobertas feitas por Davis, Freeman e Simmons (1957) acerca da existência de correlação entre a produtividade de um doente mental, isto é, sua participação social, nível de desempenho no trabalho etc., e atitudes positivas frente ao mesmo.

4) Sociabilidade

Condição de alguém poder manter contato com outras pessoas, participando da vida social comunitária.

Davis, Freeman e Simmons (1957) verificaram a importância desta dimensão na determinação de atitudes frente ao doente mental. Freeman e Simmons, em 1963, já obtiveram dados que confirmavam essa importância. Além disso, Michaux *et al*, (1969) verificaram que pacientes com baixo desempenho em papéis sociais eram recebidos, por suas famílias, com menor satisfação. Moscovitz (1975) encontrou correlação entre as avaliações de comportamentos indicativos de doença mental, realizados por profissionais de saúde mental, com concepções sobre inadequação social e moral.

5) Linguagem

Uso da palavra articulada como meio de expressão e comunicação interpessoal.

Sua importância como influenciadora das atitudes frente ao doente mental foi comprovada por Nunnally (1961), Swingle (1965) e Townsend (1975). Moscovitz (1975) observou a falta de inteligibilidade da linguagem como indicativa de doença mental.

6) Afetividade

Capacidade de experimentar e expressar sentimentos, emoções e/ou paixões; sentimentos são estados do eu vividos diretamente pelo sujeito, não controlados pela vontade; emoções são estados afetivos intensos, oriundos de fatores internos e/ou externos; paixões são emoções que perduram e podem romper o equilíbrio psíquico.

A teoria da rotulação de Scheff (1966) postula que algumas fontes de comportamentos afetivos, tais como imprevisibilidade, comportamentos incontroláveis, insensibilidade, etc., proporcionaram estereótipos em relação ao doente mental. Townsend (1975) comprovou tais postulados e Swingle (1965) observou algumas dessas idéias entre seus sujeitos.

7) Vontade

Representação mental de um ato ou de uma intenção oriunda de motivação racional ou de um impulso, que por sua vez se origina em uma necessidade psíquica.

O trabalho de Swingle (1965), focalizando as concepções mais comuns a respeito do doente mental, evidenciou, entre outros fatores, a percepção do mesmo como uma pessoa incapaz de conduzir-se a si mesma convenientemente e esta idéia, como demonstrada por Rose (1959) e Hollingshead e Redlich (1958), leva a uma resistência da família em aceitá-lo de volta à casa.

Em relação às seguintes dimensões:

- inteligência
- pensamento
- memória
- percepção
- orientação

há considerações comuns que podem ser feitas. Por exemplo:

Townsend (1975) refere-se a distúrbios das funções mentais, acentuando os aspectos cognitivos, de julgamento, como elementos pertinentes às concepções populares acerca da doença mental. Em alguns tratados psicopatológicos (Paim, 1974; Jaspers, 1969; Schneider, 1976), as alterações fundadas na cognição, em especial o pensamento, a orientação, percepção, memória e juízo crítico da realidade, mostram-se aspectos fundamentais na discriminação e caracterização do doente mental.

Nas dimensões acima relacionadas, vale esclarecer que, julgamento ou juízo crítico da realidade, foi por nós incluído na dimensão Pensamento. Quanto à inteligência, inclusa em aspectos cognitivos, citados pelos autores acima, nos permitimos, com base em nossa experiência clínica, discriminá-la como dimensão à parte. Os resultados desta pesquisa nos revelarão se foi válida ou não esta decisão. Essas dimensões são definidas, nos seguintes termos:

8) Inteligência

Capacidade de compreender, apreender e resolver situações problemáticas novas.

9) *Pensamento*

Ato psíquico que denota uma sequência de idéias e/ou conceitos e/ou juízos.

10) *Memória*

Capacidade de fixar e evocar sentimentos, acontecimentos, idéias, impressões, conhecimentos passados e atuais.

11) *Percepção*

Ato de tomar conhecimento do próprio corpo ou de um objeto do meio exterior considerado como real.

12) *Orientação*

Capacidade de ter consciência, a cada momento de nossa vida, da situação real em que nos encontramos.

13) *Sexualidade*

Conjunto de pensamentos e atos relativos à vida sexual, real e de fantasia do indivíduo.

Nossa experiência profissional evidenciou a relevância do comportamento sexual dos doentes mentais na formação de concepções sobre os mesmos.

14) *Etiologia*

Explicações a respeito do que causa ou provoca alterações psíquicas.

A relevância desta dimensão foi evidenciada por vários autores. Townsend (1975) encontrou, entre as concepções populares sobre doença mental, idéias concernentes às formas internas e ambientais como determinantes do fenômeno. Kreisman e Joy (1974) citam, como fatores etiológicos, a interação pais-filho, o sistema familiar desorganizado e a sintomatologia dos pais e evidenciam sua influência sobre as atitudes de aceitação ou rejeição da própria família em relação ao doente mental.

Davis, Freeman e Simmons (1957) observaram uma relação entre visão ambientalista da doença mental e atitudes favoráveis ao paciente. Além disso, Cohen e Struening (1962) colocam entre as dimensões de sua escala sobre opiniões acerca da doença mental (OMI) o elemento analisado, incluindo-o nos fatores Autoritarismo e Etiologia Interpessoal. Lorei (1964) encontrou, utilizando o OMI, relação entre as percepções do paciente mantidas pela família e seu ajustamento na comunidade.

Finalmente, uma outra escala (Nunnally, 1961 — "Information Questionnaire") utiliza os fatores etiológicos, internos e ambientais, para medida das concepções e atitudes acerca do doente mental, os quais foram utilizados também no estudo de Townsend (1975).

Yarrow *et al.* (1955a, b) fez referência às explicações para a doença mental, fornecidas pelos familiares de pacientes psiquiátricos, em termos de fatores psicológicos, físicos e/ou situacionais. Hollingshead e Redlich (1958) acrescentam às teorias somáticas e hereditárias da doença mental, explicações baseadas em conceitos místicos, presentes principalmente nos estratos mais baixos da população.

Para cobrir e operacionalizar essas 14 dimensões do desvio comportamental foram elaborados cerca de 200 itens que constituíram a forma preliminar da ADM.

1.1.4 — *Análise Semântica dos Itens e Instruções*

Os autores selecionaram oito grupos de sujeitos para a realização da análise semântica dos itens da ADM — quatro destes grupos pertenciam ao estrato mais elevado de escolaridade do universo a que se destina este instrumento e os outros quatro grupos pertenciam ao estrato inferior deste universo.

Os quatro grupos do estrato superior constituíram-se de 3, 2, 3 e 2 sujeitos respectivamente, perfazendo um total de 10 sujeitos, todos com nível escolar superior e com um repertório verbal bastante rico.

Os quatro grupos do estrato inferior constituíram-se de 3, 3, 2 e 2 sujeitos respectivamente. Todos os sujeitos destes grupos possuíam apenas formação primária incompleta e pobre repertório verbal.

O procedimento básico foi a utilização da técnica de entrevista. Inicialmente realizou-se um "rapport" a fim de assegurar a espontaneidade e um adequado fluxo verbal por parte dos sujeitos. A seguir, na entrevista propriamente dita, os aplicadores liam cada item das dimensões e verificavam seu entendimento. Quando surgia alguma dúvida semântica solicitava-se aos sujeitos que propusessem frases ou palavras alternativas, tomando-se o cuidado para que a mesma reproduzisse fielmente o significado da expressão original. A discussão sobre cada item só era dada por terminada quando se chegava a um consenso a respeito do entendimento inequívoco da mesma.

O resultado da análise semântica foi uma lista de 178 itens remanescentes da lista original, muitos deles com nova redação, e que constituíram o instrumento piloto da ADM.

Por ocasião da análise semântica foram também avaliadas as instruções a serem dadas para o preenchimento da ADM, as quais aparecem no Apêndice A.

1.2 — VALIDAÇÃO DA ESCALA ADM

Para estabelecer os parâmetros psicométricos de validade e precisão, a ADM piloto foi submetida a uma aplicação experimental.

1.2.1 — *Amostragem de Sujeitos*

A amostra inicial da aplicação experimental da ADM constituiu-se de 2.000 sujeitos de Brasília e 200 de Fortaleza; entretanto, em virtude do inadequado ou incompleto preenchimento da escala, assim como em virtude de erros na digitação da massa dos dados, foram eliminados 276 questionários. A tabela 1 descreve os dados demográficos desta amostra.

Como se pode verificar, a amostra caracterizou-se, essencialmente, por uma população jovem, de 2.º grau de escolaridade, de religião católica, solteira e residente em Brasília.

TABELA 1

Dados demográficos da amostra (N = 1.924)

Variável e Níveis	f	%	Variáveis e Níveis	f	%
IDADE			RELIGIÃO		
14 - 15 anos	106	5,6	Católica	1534	79,7
16	361	18,8	Protestante	112	5,8
17	488	25,4	Espírita	94	4,9
18	329	17,1	Outras	64	3,3
19	166	8,6	SR	120	6,3
20	118	6,1	ESTADO CIVIL		
21	83	4,3	Solteiro	1755	91,2
22	62	3,2	Casado	136	7,1
23	32	1,7	Outro	14	0,7
24	25	1,3	SR	19	1,0
25	31	1,6	CIDADE		
26 - 30	51	2,7	Brasília	1797	93,4
31 - 50	41	2,1	Fortaleza	122	6,3
SR	31	1,7	SR	5	0,4
Mediana = 17a. 4m.			ESTADO DE ORIGEM		
SEXO			RS	46	2,4
Masculino	845	43,9	SC	10	0,5
Feminino	1057	54,9	PR	20	1,0
SR	22	1,2	SP	69	3,6
NÍVEL ESCOLAR			RJ	303	15,7
1.º Grau	20	1,0	ES	02	0,1
2.º Grau	1667	86,6	MG	270	14,0
Superior	174	9,0	DF	419	21,8
SR	63	3,3	GO	184	9,6
			MT	08	0,4

continuação (Tabela 1)

Dados demográficos da amostra

Variáveis e Níveis	f	%
Estado de Origem		
BA	46	2,4
SE	03	0,2
AL	06	0,3
PE	25	1,3
PB	22	1,1
RN	18	0,9
CE	142	7,4
PI	63	3,3
MA	95	4,9
PA	19	1,0
AM	06	0,3
AC	02	0,1
RO	03	0,2
AP	03	0,2
RR	03	0,2
FN	00	0,0
MS	06	0,3
ET*	06	0,3
SR	125	6,5

* Estrangeiro

O grupo de estudantes secundários de Brasília foi obtido através da rede oficial de ensino do Distrito Federal (Centro Educacional Elefante Branco, Escola Normal de Brasília, Centro Educacional Setor Leste, Centro Educacional de Asa Norte), assim como através de estabelecimentos particulares de ensino (Colégio Objetivo, Colégio Leonardo da Vinci). Em Fortaleza, o grupo de estudantes secundários foi constituído por alunos do Liceu do Ceará. A amostra de Universitários constituiu-se de alunos da Universidade de Brasília e Universidade Federal do Ceará (UFC).

1.2.2 - Aplicação da ADM

O processo de aplicação da escala ADM ficou a cargo de quatro aplicadores (também autores do instrumento), que contaram, eventualmente, com a colaboração de três pessoas como auxiliares.

Os grupos que responderam à escala variaram de 20 a 80 pessoas, gastando em média 90 minutos para preenchimento da mesma. A aplicação abrangeu três turnos: matutino, vespertino e noturno. As condições de silêncio e comodidade de maneira geral necessários para a realização da tarefa foram obtidas.

No início de cada aplicação, os pesquisadores realizavam um "rapport" para motivação dos sujeitos respondentes. Tal "rapport" consistia, basicamente, em dizer aos sujeitos que a presente pesquisa era a primeira que se realizava no Brasil com o objetivo específico de conhecer as opiniões das pessoas acerca do doente mental, sendo a colaboração deles valiosa no sentido de possibilitar esse conhecimento.

A seguir, os folhetos da escala eram distribuídos; pediu-se aos sujeitos que acompanhassem a leitura das instruções; um exemplo de como responder era feito em quadro de giz, e perguntava-se se restava alguma dúvida. Com as dúvidas sanadas, iniciava-se o trabalho, ficando os aplicadores todo o tempo à disposição para esclarecer alguma outra questão que por ventura surgisse; tais questões diziam respeito ao sentido das palavras "tiques" e "balbúcia". Nesta ocasião, o aplicador chegava próximo à pessoa em dúvida e procurava um sinônimo da palavra que tivesse a mesma conotação, só que de conhecimento mais popular. Na elucidação das dúvidas, foi tomado cuidado especial para que os sujeitos não fossem induzidos a responder o item num ou noutro sentido. Em nenhum momento os sujeitos foram pressionados à tarefa, no que se refere ao tempo ou a qualquer outro fator.

1.2.3 – Validação Fatorial

1) Análise Fatorial

Para estabelecer a validade de construto do instrumento, procedeu-se à análise fatorial do mesmo com o objetivo de estabelecer suas dimensões ou fatores principais.

O método da análise fatorial empregado foi o dos componentes principais, com um "eigenvalue" de 1,50. A rotação foi oblíqua, com um delta igual a zero.

Como o programa do computador comportasse uma matriz máxima de 100 x 100 e como a escala inicial se compunha de 178 itens, foi mister a realização de uma série de análises fatoriais para que cada um dos 178 itens se encontrasse com todos os outros. Essas análises fatoriais iniciais tiveram como objetivo primordial a eliminação de itens que não mostravam tendência de agrupamento em fatores. Os critérios para essa eliminação foram os seguintes:

- (1) todo item que não possuísse uma carga fatorial mínima de $\pm 0,40$ em um fator foi eliminado;
- (2) todo fator que não congregasse um mínimo de cinco itens com cargas fatoriais altas, isto é, $\pm 0,40$ foi eliminado.

Através deste procedimento, a lista de 178 itens foi reduzida para 103 itens. Para se conseguir o número máximo de 100 itens, os três itens de cargas fatoriais mais fracas foram também eliminados.

Esses 100 itens foram submetidos a uma análise fatorial final, como acima descrita, com o objetivo de estabelecer os fatores definitivos do instrumento.

Aos critérios de seleção de itens e fatores, anteriormente especificados, foram acrescentados os seguintes:

- (3) o fator, para ser mantido, deveria permitir uma interpretação psicológica adequada do seu conteúdo;
- (4) quando um fator congregava uma série muito extensa de itens, procurou-se manter um número de cerca de 20 itens, aqueles com as cargas mais fortes.

Deste procedimento resultaram seis fatores, um dos quais, com 8 itens, foi posteriormente eliminado por falta de precisão. O número total de itens no instrumento final ficou reduzido a 70.

2) Interpretação dos Fatores

As tabelas sobre as quais se baseia a interpretação dos fatores apresentam a carga do fator, a correlação item-fator, a média e desvio padrão de cada item no seu respectivo fator; apresenta, outrossim, a média e desvio padrão do fator.

A interpretação desses fatores está baseada numa análise semântica do conteúdo psicológico dos itens que os compõem.

FATOR 1 – Incapacidade

O fator 1 (vide tabela 2 e figura 1) é composto por 22 itens. A análise semântica do conteúdo desses itens revela o doente mental como pessoa que apresenta uma incapacidade generalizada, que se situa nos níveis de compreensão, concentração e recordação, cuidado de si mesmo e vontade própria, sendo inábil para trabalhar e cooperar com os outros.

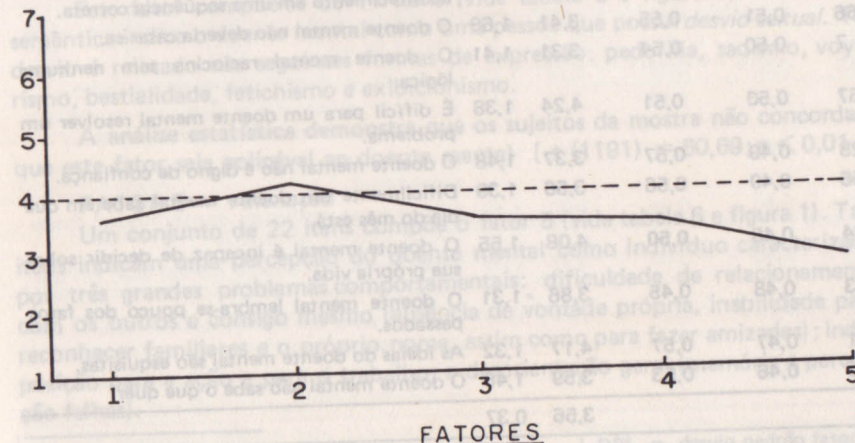


Fig. 1 – Posição escalar dos fatores do ADM.

TABELA 2

Descrição, correlação, média, desvio padrão dos itens do Fator 1 – Incapacidade

Item	Carga	Correlação Item-Fator	\bar{X}	DP	DESCRIÇÃO
49	0,60	0,61	3,75	1,41	O doente mental pouco compreende as coisas.
39	0,57	0,61	2,99	1,45	O doente mental dificilmente realiza trabalho útil.
47	0,57	0,60	3,93	1,49	Não se pode confiar ao doente mental coisas que se quebram facilmente.
70	0,55	0,57	3,24	1,51	O doente mental é incapaz de se concentrar em alguma coisa.
21	0,53	0,56	3,25	1,38	O doente mental não consegue fazer correta uma simples conta.
48	0,53	0,48	3,45	1,33	O doente mental não tem crítica.
53	0,53	0,55	3,37	1,26	O doente mental não guarda nada do que lhe é dito.
64	0,53	0,58	3,10	1,38	O doente mental não tem vontade própria.
67	0,53	0,57	3,50	1,45	O doente mental não se preocupa em guardar as coisas que lhe pertencem.
10	0,52	0,56	3,09	1,51	Não se pode contar com um doente mental para resolver uma tarefa em grupo.
51	0,52	0,57	4,07	1,33	Freqüentemente o doente mental se esquece de coisas importantes.
6	0,51	0,52	3,29	1,61	Uma pessoa doente mental não é capaz de participar de reuniões sociais.
59	0,51	0,56	3,76	1,41	O doente mental não é capaz de contar um acontecimento em uma seqüência correta.
66	0,51	0,55	3,41	1,68	O doente mental não deveria casar-se.
7	0,50	0,54	3,31	1,41	O doente mental raciocina sem nenhuma lógica.
57	0,50	0,51	4,24	1,38	É difícil para um doente mental resolver um problema.
28	0,49	0,57	3,37	1,48	O doente mental não é digno de confiança.
56	0,49	0,56	3,56	1,39	Dificilmente um doente mental sabe em que dia do mês está.
24	0,48	0,50	4,08	1,55	O doente mental é incapaz de decidir sobre sua própria vida.
63	0,48	0,45	3,86	1,31	O doente mental lembra-se pouco dos fatos passados.
51	0,47	0,57	4,17	1,32	As idéias do doente mental são esquisitas.
15	0,46	0,53	3,59	1,46	O doente mental não sabe o que quer.
			3,56	0,37	

Enfim, o conteúdo deste fator parece designar uma pessoa caracterizada por incapacidade no pensar e no agir. Por conseguinte, o conteúdo desse fator poderia ser expresso pelo fato de o doente mental ser um *incapaz*. (Incapacidade)

Os sujeitos da amostra estudada consideram que tal caracterização não se aplica ao doente mental, pois a média fatorial se situa bem abaixo do ponto neutro da escala [$t^*(1191) = 41,04; p < 0,01$

FATOR 2 – Desorientação

O fator 2 compõe-se de 21 itens (vide tabela 3 e figura 1). A análise semântica dos mesmos aponta o doente mental como uma pessoa *desorientada*, tanto no agir e no falar, quanto no pensar e recordar, mostrando-se desorientado quanto ao tempo e ao espaço, sendo portanto, uma pessoa associada a quem não se pode confiar tarefas importantes.

A análise estatística dos dados obtidos revela que os atributos expressos neste fator são aplicáveis ao doente mental [$t(1191) = 17,26; p < 0,01$].

FATOR 3 – Violência

Compõe-se o fator 3 de nove itens (vide tabela 4). A análise semântica desses itens revela o doente mental como um violento. Tal concepção engloba as seguintes características do doente mental: agressivo, irritado e aquele que maltrata pessoas e animais.

A análise estatística dos dados contidos neste fator revela que os sujeitos da amostra não concordam com a aplicação do mesmo ao doente mental [$t(1191) = 17,63; p < 0,01$], posto que esse fator situa-se cerca de meio ponto abaixo do ponto neutro da escala (vide fig. 1).

FATOR 4 – Desvio Sexual

Este fator compõe-se de 11 itens (vide tabela 5 e figura 1). Sua análise semântica indica o doente mental como uma pessoa que possui *desvio sexual*. Tal desvio é relatado nas seguintes formas de expressão: pedofilia, sadismo, voyerismo, bestialidade, fetichismo e exibicionismo.

A análise estatística demonstra que os sujeitos da mostra não concordam que este fator seja aplicável ao doente mental [$t(1191) = 60,69; p < 0,01$].

FATOR 5 – Alienação

Um conjunto de 22 itens compõe o fator 5 (vide tabela 6 e figura 1). Tais itens indicam uma percepção do doente mental como indivíduo caracterizado por três grandes problemas comportamentais: dificuldade de relacionamento com os outros e consigo mesmo (ausência de vontade própria, inabilidade para reconhecer familiares e o próprio nome, assim como para fazer amizades); indisposição para a ação e para o trabalho; e desorientação geral (memória e percepção falhas).

$$* t = \frac{4 - Mf}{DPf / \sqrt{N - 1}} \quad \text{onde } Mf = \text{média fatorial} \quad \left| \begin{array}{l} DPf = \text{desvio padrão fatorial} \\ N = \text{número de indivíduos} \end{array} \right.$$

TABELA 3

Descrição, carga, correlação, média, desvio padrão dos itens do Fator 2 – Desorientação

Item	Carga	Correlação Item-Fator	\bar{X}	DP	DESCRIÇÃO
37	0,61	0,56	4,50	1,36	O doente mental apresenta uma expressão de quem está no "mundo da lua".
43	0,58	0,58	4,20	1,29	Esquecer para onde vai é freqüente ao doente mental.
41	0,57	0,58	3,95	1,26	O doente mental se perde no meio das frases.
68	0,57	0,52	4,22	1,24	Os pensamentos do doente mental são como um sonho.
34	0,56	0,52	4,19	1,27	O doente mental faz uma mistura de palavras quando fala.
44	0,56	0,58	4,09	1,50	O doente mental vive num mundo tão diferente que não se importa com as coisas que acontecem ao seu redor.
46	0,54	0,54	4,44	1,23	O doente mental tem idéias confusas.
31	0,53	0,51	4,18	1,25	O doente mental vive cismado.
36	0,53	0,51	4,26	1,48	Uma coisa que caracteriza o doente mental é ele nunca estar em contato com a realidade.
50	0,53	0,58	4,17	1,32	As idéias do doente mental são esquisitas.
25	0,52	0,52	4,17	1,24	Lembrar-se das coisas de forma distorcida é comum ao doente mental.
38	0,51	0,49	3,85	1,20	O doente mental tem a mania de repetir as últimas palavras de uma frase.
51	0,51	0,57	4,07	1,33	Freqüentemente o doente mental se esquece de coisas importantes.
22	0,50	0,50	4,35	1,35	O doente mental ri freqüentemente, sem motivo algum.
60	0,50	0,51	4,12	1,22	Os sonhos do doente mental são confusos.
59	0,48	0,56	3,76	1,41	O doente mental não é capaz de contar um acontecimento em uma seqüência correta.
62	0,47	0,40	4,20	1,17	O doente mental costuma persistir no mesmo pensamento.
47	0,46	0,56	3,93	1,49	Não se pode confiar ao doente mental coisas que se quebram facilmente.
56	0,46	0,53	3,57	1,39	Difícilmente um doente mental sabe em que dia do mês está.
57	0,46	0,51	4,24	1,38	É difícil para um doente mental resolver um problema.
69	0,46	0,42	4,05	1,32	O doente mental vê o mundo mais colorido do que realmente é.
			4,11	0,22	

Trata-se, portanto, de um indivíduo em que o relacionamento, a ação e a orientação acham-se seriamente deficitárias.

A expressão *alienação*, possivelmente, cobre o conteúdo desse fator, na medida em que retrata um sujeito isolado dos outros, de si mesmo e do meio ambiente.

Esse fator, conforme os dados obtidos na amostra examinada, é decididamente negado pelos sujeitos como sendo característico do doente mental [$t(1191) = 95,10; p < 0,01$].

TABELA 4

Descrição, carga, correlação, média e desvio padrão de itens do Fator 3 – Violência

Item	Carga	Correlação Item-Fator	\bar{X}	DP	DESCRIÇÃO
8	0,56	0,55	4,09	1,55	Comportamentos agressivos são muito comuns ao doente mental.
5	0,52	0,52	4,12	1,40	O doente mental apresenta fortes estados de raiva.
26	0,48	0,48	4,34	1,40	O doente mental se irrita com muita facilidade.
1	0,48	0,48	2,49	1,40	Um doente mental maltrata pessoas e animais sem piedade.
2	0,46	0,45	2,39	1,35	O doente mental é um grosso, ofende facilmente as pessoas.
4	0,46	0,50	2,38	1,41	O doente mental não tem pena, maltrata os animais sem necessidade.
12	0,46	0,42	4,64	1,55	É perigoso deixar uma criança aos cuidados de um doente mental.
11	0,44	0,44	4,21	1,42	O doente mental é cheio de manias.
10	0,43	0,42	3,09	1,51	Não se pode contar com um doente mental para desenvolver uma tarefa em grupo.
			3,53	0,92	

CONCLUSÃO

A tabela 7 apresenta as intercorrelações entre os fatores. Observa-se que todos os cinco fatores se correlacionam; a maioria deles a nível de $p < 0,01$ e dois deles a nível de $p < 0,05$.

Agrupando-se os fatores que se relacionam a nível de $p < 0,01$, dois núcleos fundamentais de fatores aparecem:

- núcleo 1: fatores 1, 2, 4 e 5
- núcleo 2: fatores 2, 3 e 4

O primeiro núcleo que congrega os fatores de incapacidade, desorientação, desvio sexual e alienação parecem se referir ao problema da *inabilidade* generalizada do doente mental (vide figura 2).

O segundo núcleo que congrega os fatores referentes a desorientação, violência e desvio sexual dizem respeito, fundamentalmente, ao problema da *periculosidade* do doente mental (vide fig. 2).

Além disso, em virtude de todos os fatores manterem entre si correlação significativa, eles parecem apontar para um núcleo comum que caracterizaria o modo de pensar sobre o doente mental. Tal núcleo comum talvez possa ser denominado como desvio comportamental (vide figura 2).

TABELA 5

Descrição, correlação, média e desvio padrão dos itens do Fator 4 – Desvio Sexual

Item	Carga	Correlação Item-Fator	\bar{X}	DP	DESCRIÇÃO
54	- 0,65	0,60	3,65	1,30	Ter desejos sexuais por crianças é característico do doente mental.
52	- 0,63	0,55	3,70	1,05	O doente mental sente prazer ao bater no parceiro sexual.
65	- 0,60	0,51	3,53	1,23	Observar outras pessoas tendo relações sexuais é uma das características do doente mental.
29	- 0,59	0,52	3,37	1,31	O doente mental tem relações sexuais com animais.
58	- 0,55	0,46	3,72	1,13	O doente mental excita-se sexualmente pelo simples fato de ver determinados objetos pertencentes a certas pessoas.
20	- 0,53	0,45	3,37	1,19	O doente mental só sente prazer durante o ato sexual, quando o (a) companheiro(a) o maltrata.
27	- 0,52	0,52	3,09	1,46	O doente mental costuma ser tarado.
32	- 0,51	0,44	3,92	1,08	O doente mental excita-se sexualmente ao exhibir os órgãos genitais.
18	- 0,49	0,46	3,82	1,30	É comum ao doente mental comportamentos sexuais que provoquem sofrimentos nos outros.
23	- 0,47	0,49	2,93	1,62	O doente mental é capaz de matar por qualquer motivo.
55	- 0,46	0,46	3,27	1,40	Nada escapa à fúria do doente mental.
			3,49	0,29	

TABELA 6

Descrição, carga, correlação, média e desvio padrão dos itens do Fator 5 – Alienação

Item	Carga	Correlação Item-Fator	\bar{X}	DP	DESCRIÇÃO
42	0,59	0,55	2,44	1,26	O doente mental não reconhece seus familiares.
16	0,58	0,56	2,57	1,22	O doente mental não tem disposição para nada.
17	0,56	0,54	2,11	1,31	O doente mental não está em condições de ter companheiros.
33	0,56	0,55	2,58	1,38	O doente mental não sabe o seu próprio nome.
39	0,56	0,64	2,99	1,45	O doente mental dificilmente realiza trabalho útil.
35	0,55	0,53	3,22	1,33	O doente mental não tem noção de onde ele se encontra.
13	0,54	0,59	2,90	1,33	O doente mental não sabe cooperar com os outros.
19	0,54	0,54	2,97	1,43	Se perguntarmos a um doente mental em que parte do dia estamos, ele não saberá responder.
40	0,52	0,53	3,20	1,31	O doente mental não distingue claramente as formas dos objetos.
14	0,52	0,53	2,28	1,40	É perigoso aproximar-se de uma pessoa doente mental.
61	0,51	0,52	2,48	1,42	Um doente mental é incapaz de manter relações de amizade com outras pessoas.
28	0,50	0,59	3,37	1,48	O doente mental não é digno de confiança.
9	0,50	0,52	2,48	1,42	Um doente mental não tem habilidades para executar uma simples tarefa.
21	0,48	0,55	3,25	1,38	O doente mental não consegue fazer certa uma simples conta.
45	0,48	0,52	2,58	1,39	O doente mental é uma ameaça para as pessoas.
64	0,48	0,57	3,10	1,38	O doente mental não tem vontade própria.
10	0,47	0,56	3,09	1,51	Não se pode contar com um doente mental para desenvolver uma tarefa em grupo.
30	0,47	0,50	2,94	1,45	Dá para se reconhecer de imediato, um doente mental pela maneira extravagante de se vestir.
4	0,46	0,44	2,39	1,41	O doente mental não tem pena, maltrata os animais sem necessidade.
53	0,46	0,50	3,37	1,26	O doente mental não guarda nada do que lhe é dito.
			2,76	0,45	

TABELA 7
Correlação entre os fatores da ADM

Fator	Incapacidade	Desorientação	Violença	Desvio Sexual	Alienação
1	—				
2	0,34**	—			
3	0,21*	0,29**	—		
4	0,30**	0,49**	0,26**	—	
5	0,43**	0,21*	0,26**	0,36**	—

* P < 0,05

** P < 0,01

FATORES DE

3º Nível

2º Nível

1º Nível

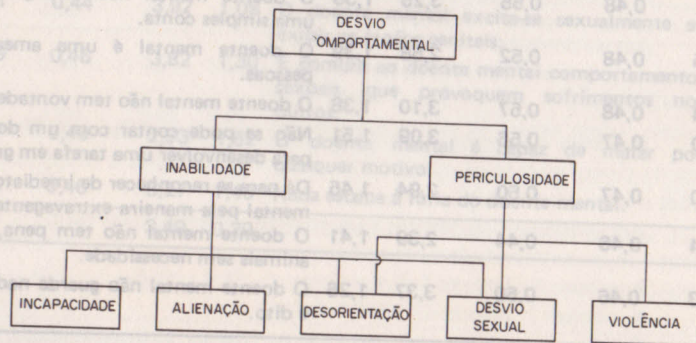


Fig. 2 — Níveis de fatores na ADM.

1.2.4 — Validade e Precisão da ADM

1) Validade de Construto

Conforme pode se verificar pela análise fatorial, a escala ADM possui elevadas cargas fatoriais em seus fatores, o que assegura uma validade de construto bastante satisfatória, além de seus fatores expressarem conceitos psicológicos bastante consistentes.

2) Invariância dos Fatores

Se os fatores da ADM são importantes, eles devem aparecer na literatura referente ao doente mental. Uma busca nessa literatura mostra que as pesquisas sobre doença mental fazem uso particularmente de quatro instrumentos de medida:

- "Custodial Mental Illness Ideology Scale", de Gilbert e Levinson (1957);
- "Information Questionnaire", de Nunnally (1961);
- "Opinions About Mental Illness — OMI", de Cohen e Struening (1962);
- "Client Attitude Questionnaire — CAQ", de Morrison e Becker (1975).

A presente ADM apresenta apenas algumas semelhanças com esses instrumentos, razão pela qual nem todos os fatores da ADM se encontram naqueles instrumentos.

Por exemplo, a *Custodial Mental Illness Ideology Scale* apresenta uma escala de 20 itens, agrupados em um fator bipolar que mensura um contínuo de atitudes que, em um extremo referem-se a atitudes humanísticas (orientação igualitária) e, no outro pólo, atitudes de custodialismo, ou seja, o doente mental é visto como um indivíduo perigoso e incurável e que portanto necessita de um controle externo. Este fator, evidentemente, apresenta semelhança com o fator Violência da ADM.

O *Information Questionnaire* foi construído para obter informações e atitudes do público em relação à doença mental. Constitui uma escala de 7 pontos, que investiga aspectos de causas de sintomas, prognóstico, incidência e significado social da doença mental. Embora os 10 fatores que a compõem, compreendendo 240 itens, não sejam estatisticamente fortes, ficou demonstrado que as noções do público acerca da doença mental se prendem à crença em que as pessoas mentalmente doentes apresentam uma aparência física peculiar e uma diminuição de ânimo e força de vontade, assim como, à crença em que pensamentos mórbidos podem ser determinantes da enfermidade mental.

Num estudo posterior, Townsend (1975) utilizou os 60 itens do questionário de Nunnally e, submetendo-o a procedimentos de validação, obteve três fatores, dois dos quais são apresentados e comentados: o Fator 1, denominado forças ambientais e esforço pessoal, releva os fatores ambientais para as causas, prevenção e cura da doença mental; o Fator 2 — estereótipos negativos — contém noções do doente mental como uma pessoa diferente das "normais", incurável, que não se preocupa com a aparência pessoal e que apresenta sintomas tais como "olhos vidrados", "riso imotivado" e "fala ininteligível".

De acordo com o exposto, parece haver correspondência entre tais concepções, expressas no "Information Questionnaire", e o fator 2 (desorientação) e fator 5 (alienação) da ADM.

A literatura apresenta o OMI ("Opinions About Mental Illness") como o instrumento mais utilizado nas investigações das atitudes frente à doença mental, devido à sua alta confiabilidade e precisão. Trata-se de uma escala de 5 pontos, com 51 itens agrupados em 5 fatores: autoritarismo, benevolência, restritividade social, ideologia de higiene mental e etiologia interpessoal. O fator Autoritarismo expressa uma opinião do doente mental como alguém de classe inferior e que requer um controle coercitivo. O fator Benevolência expressa uma visão paternalista mais ligada a conceitos religiosos e humanistas do que a conceitos científicos. O fator Ideologia de Higiene Mental pode ser resumido pelo item que afirma "a doença mental é uma doença como qualquer outra", o que demonstra sua ligação ao modelo médico da doença mental. O fator Restritividade Social expressa a idéia de que o paciente mental é uma ameaça à sociedade, particularmente à família e, portanto, deve ser controlado durante e após a hospitalização. E o fator Etiologia Interpessoal, no seu pólo positivo, reflete a opinião de que o doente mental em seu relacionamento interpessoal, experimentou, especialmente, carência de amor dos pais durante a infância.

O fator Restritividade Social do OMI mensura atitudes semelhantes àquelas que o fator Violência da ADM procura investigar; em um grau um pouco menor, há também similaridade entre o fator Autoritarismo do OMI e o fator Incapacidade da ADM.

O *Client Attitude Questionnaire* é composto de 90 itens e mensura a adoção do modelo de doença mental do sujeito respondente. Seus itens agrupam-se em um fator bipolar. Um dos pólos deste fator (que é expresso por escores baixos) permite aferir atitudes mais conservadoras, ligadas ao modelo médico de doença mental, tal como resumida pelo item "a enfermidade mental é uma doença", o outro pólo do fator (expresso por escores altos no questionário) permite aferir o modelo psicossocial de doença mental que, em seu aspecto radical enuncia "a enfermidade mental é um mito".

Pensamos que o CAQ, ao investigar as atitudes frente à doença mental, preocupando-se tão somente com os modelos de doença mental, não guarda nenhuma relação com a ADM.

3) Precisão da ADM

Os índices de precisão foram calculados através do alfa de Cronbach. Esses índices estão reproduzidos na tabela 8. Todos os índices são altamente significativos, menos para o fator Violência que, devido ao número reduzido de itens que o compõem, apresenta o coeficiente alfa de 0,79, o qual é mesmo assim bastante satisfatório.

TABELA 8

Índices α de precisão dos fatores da ADM*

	Incapacidade	Desorientação	Violência	Desvio Sexual	Alienação
n	22	21	9	11	20
α	0,92	0,91	0,79	0,84	0,91

* Usando programa RELIABILITY DO SPSSV8

1.3 – UTILIZAÇÃO DA ADM

1.3.1 – Usos da ADM

A ADM constitui um instrumento adequado para pesquisas exploratórias e/ou testes de hipóteses referentes às atitudes de diferentes grupos sociais frente à doença mental, podendo, ainda, servir como fonte de dados para o diagnóstico de atitudes relativas à doença mental, em termos de concepções e estereótipos. Com base em tal diagnóstico poder-se-a planejar programas de educação e intervenção na comunidade ou mesmo em unidades de Saúde Mental, assim como estabelecer estratégias de tratamento, reabilitação e reintegração social dos pacientes psiquiátricos.

Uma outra aplicação da ADM se refere à sua utilização em processos de seleção de pessoal, tendo em vista os candidatos para exercerem funções em instituições de Saúde Mental.

1.3.2 – Como Utilizar a ADM

Quanto à apuração dos casos, é preciso levar em conta que a ADM é um instrumento fatorial e por isso permite o levantamento de um perfil de atitudes frente ao doente mental. Esse perfil apresenta dados referentes a cinco fatores. Portanto, a escala não oferece um escore unitário, mas possibilita vários pontos de referência no que diz respeito às atitudes e comportamentos que as pessoas (respondentes da ADM) mantêm para com o doente mental.

Os cinco escores fatoriais, isto é, o escore total de cada fator, são baseados nos escores individuais dos respectivos itens de cada fator. Assim, o escore do fator é a média dos escores dos seus itens. Para se obter tal escore médio fatorial do indivíduo respondente é preciso se somar os escores de todos os itens do fator e dividir pelo número de itens desse mesmo fator:

$$\bar{X}_f = \frac{\sum E_i}{N_i}$$

onde, E_i = escore de cada item do fator f
 N_i = número de itens no fator f

Para a obtenção do escore fatorial de um grupo de sujeitos, obviamente se deve somar os escores fatoriais, de cada sujeito e dividir o total pelo número de sujeitos:

$$\bar{X}_f = \frac{\sum E_{ij}}{n_i n_j}$$

onde, E_{ij} = escore do sujeito i no item j
 n_i = número de itens
 n_j = número de sujeitos

A interpretação dos escores fatoriais deve levar em conta que estes são expressos numa escala de 7 pontos, onde um escore alto representa afirmar que o conteúdo psicológico expresso pelo fator é aceito como caracterizando o doente mental, ao passo que um escore fatorial baixo significa negar a aplicabilidade de tal conteúdo ao doente mental. Deve-se notar igualmente que a escala de respostas é bipolar, na qual o ponto 4 é o ponto neutro ou indiferente. Este valor específica que o conteúdo do fator não é nem afirmado nem negado como característica do doente mental. Portanto, para que o fator seja afirmado ou negado como caracterizando o doente mental, o escore nesse fator deve se afastar significativamente do ponto 4 para cima (afirmação) ou para baixo (negação). Para tanto pode ser utilizada a seguinte fórmula do teste "t" das diferenças entre duas médias:

$$t = \frac{\bar{X}_f - 4}{DP_f / \sqrt{N - 1}}$$

onde, \bar{X}_f = média fatorial
 DP_f = desvio padrão de \bar{X}_f
 N = número de sujeitos sobre o qual foi calculada a \bar{X}_f .

Os graus de liberdade para o t são $N - 1$.

CAPÍTULO 2

ADAPTAÇÃO DA ADM A POPULAÇÕES DE BAIXA ESCOLARIDADE

2.1 - Justificativa

Este trabalho visa adaptar a Escala de Atitudes Frente ao Doente Mental - ADM - a uma amostra de baixo nível de escolaridade.

A escala ADM foi construída e validada para estudo das atitudes com referência à doença mental mantidas por pessoas de escolaridade média e superior. A adaptação da escala a uma amostra caracterizada por baixo nível de escolaridade deveu-se, primeiramente, ao interesse em estender o âmbito de sua aplicação original. Ademais, tal adaptação veio atender às exigências de uma pesquisa que seria desenvolvida, por um de seus autores, como dissertação de mestrado. Como essa pesquisa seria efetuada no Ceará, as características da amostra para a presente adaptação da escala deveria levar em conta, além da escolaridade e nível sócio-econômico baixos, o Estado de origem dos sujeitos.

2.2 - PROCEDIMENTOS DE ADAPTAÇÃO

O processo de adaptação da ADM compreendeu duas etapas: a) análise semântica dos itens para verificação de seu entendimento; b) aplicação da escala para verificação da consistência interna dos itens.

2.2.1 - Análise Semântica

1) Amostra

A amostra para a análise semântica contou com 45 sujeitos. De modo a atender aos requisitos para a seleção da amostra, tais sujeitos foram obtidos em dois diferentes locais: Casa do Ceará, instituição filantrópica destinada a prestar assistência à população cearense residente em Brasília; e Vila Paranoá, onde é grande a concentração de nordestinos.

Os dados demográficos dos sujeitos, reproduzidos na tabela 9, referem-se às informações obtidas de 41 destes sujeitos.

Como se pode observar, a amostra se caracterizou por pessoas adultas (mediana = 41 anos e 9 meses de idade), do sexo feminino (78,73%), não alfabetizados ou com nível primário de escolaridade (90,24%) e com tempo médio de 11 anos e 2 meses de residência em Brasília. Em relação ao Estado de origem, conforme objetivos estabelecidos, a amostra constituiu-se, em sua grande maioria, de sujeitos nordestinos (87,8%), sendo 61% deles cearenses.

* Parte do trabalho de tese de mestrado de Analuza Mendes Pinto Nogueira (1982).

TABELA 9

Dados demográficos da amostra da análise semântica (N = 41)

Variáveis e Níveis	f	%	Variáveis e Níveis	f	%
<i>Idade</i>			<i>Estado de Origem</i>		
15 - 19	3	7,32	CE	22	53,66
20 - 24	2	4,88	PI	5	12,19
25 - 29	7	17,07	PB	2	4,88
30 - 34	5	12,19	PE	2	4,88
35 - 39	8	19,51	RN	1	2,44
40 - 44	6	14,63	MA	1	2,44
45 - 49	5	12,19	BA	3	7,32
50 - 54	1	2,44	PA	1	2,44
55 - 59	4	9,76	MG	1	2,44
Mediana = 41a. 9m.			GO	3	7,32
<i>Tempo de Moradia em Brasília (em anos)</i>			<i>Sexo</i>		
0 - 2	4	9,76	Masculino	12	29,27
3 - 5	7	17,07	Feminino	29	70,73
6 - 8	5	12,19	<i>Escolaridade</i>		
9 - 11	5	12,19	Não alfabetizado	21	51,22
12 - 14	1	2,44	Primário	16	39,02
15 - 17	6	14,63	Ginásio	4	9,76
18 - 20	9	21,95			
21 - 23	4	9,76			
Mediana = 11a. 2m.					

2) Procedimentos

A análise semântica dos itens da ADM, como primeira etapa do processo de adaptação da escala, foi realizada por alunos da cadeira de Pesquisa do Curso de Psicologia da UnB, treinados e orientados pelos autores. Os alunos divididos em três duplas, procederam de modo a observar os seguintes aspectos:

- seleção dos sujeitos: através de contatos informais iniciais com moradores da Vila Paranoá, assim como através de endereços de famílias cearenses, obtidos de uma pesquisa anteriormente realizada no local; os sujeitos foram ainda obtidos na Casa do Ceará;

- formação dos grupos: o número de sujeitos em cada grupo deveria ser de três pessoas, de modo a facilitar o trabalho e permitir a que todos emitissem sua opinião; dos 16 grupos de sujeitos, 12 foram compostos por três pessoas, um grupo contou com quatro pessoas e os três restantes, com duas pessoas;

- explicação da tarefa: informações sobre o objetivo do trabalho e instruções a respeito do que consistia e de como seria realizado foram fornecidas; nesta ocasião era solicitado aos sujeitos expressarem suas idéias em relação ao termo "doente mental";

- preenchimento do questionário de dados demográficos;
- leitura do item (por um dos alunos da dupla);
- verificação do entendimento do item;
- anotação: foram anotadas (pelo outro aluno da dupla) todas as explicações e sugestões dadas pelos sujeitos, assim como a conclusão a que chegou o grupo com relação a cada item da escala.

Nos sete primeiros grupos, todos os 70 itens da ADM foram analisados. A partir do exame e discussão das anotações tomadas, foram selecionados 30 itens, os quais apresentavam as maiores dificuldades de entendimento. Para os nove grupos restantes, foram assim distribuídos os itens a serem analisados:

- 5 grupos: análise dos 30 itens selecionados;
- 2 grupos: análise dos itens da primeira metade da escala (35 itens);
- 2 grupos: análise dos itens da segunda metade da escala (35 itens)

3) Resultados

Com base nos dados colhidos da análise semântica, algumas alterações foram feitas nos itens da escala original (em 30 itens). Tais modificações envolveram substituição de palavras por sinônimos, reconstrução de frases e expressões em formas de uso mais comum entre os sujeitos.

Além disso, as instruções da escala foram também modificadas, tendo em vista uma linguagem mais simples, bem como a adequação à forma de aplicação oral a que seria submetida. (vide Apêndice B).

2.2.2 - Consistência dos itens

A aplicação da escala ADM, em sua nova forma, a uma amostra de sujeitos teve como objetivo a verificação da consistência interna de seus itens, em seus respectivo fatores.

1) Amostra

A amostra para esta aplicação consistiu de 60 sujeitos cujas características demográficas são apresentadas na tabela 10.

Observa-se que os sujeitos eram, em sua grande proporção, do sexo feminino (61,7%), não alfabetizados ou de nível primário de escolaridade (93,4%) e de origem nordestina (91,6%), sendo 58,19% destes cearenses. Tal amostra compôs-se, no entanto, em relação à idade, de sujeitos adultos mais jovens (mediana = 35 anos) em comparação com a amostra da análise semântica (mediana = 41 anos e 9 meses). Caracterizou-se ainda pela baixa renda de seus sujeitos e contou, equivalentemente, com indivíduos solteiros e casados.

TABELA 10

Dados demográficos da amostra na etapa de aplicação da ADM para verificação da consistência interna dos itens (N = 60)

Variáveis e Níveis	f	%	Variáveis e Níveis	f	%
Idade			Estado de Origem		
18 — 21	4	6,7	CE	32	53,3
22 — 26	6	10,0	RN	3	5,0
27 — 31	11	18,3	PB	1	1,7
32 — 36	11	18,3	PE	2	3,3
37 — 41	6	10,0	AL	1	1,7
42 — 46	8	13,3	SE	1	1,7
47 — 51	8	13,3	BA	8	13,3
52 — 56	3	5,0	PI	3	5,0
57 — 61	3	5,0	MA	4	6,7
Mediana = 35 anos			PA	4	6,7
			RO	1	1,7
Sexo			Renda Mensal (em mil cruzeiros)		
Masculino	23	38,3	1 — 10	30	50,0
Feminino	37	61,7	11 — 20	19	31,7
			21 — 30	2	3,3
			61 — 70	1	1,7
			SR	8	13,3
			Mediana = 9,93		
Escolaridade					
Não alfabetizado	22	36,7			
Primário	34	56,7			
Ginásio	4	6,7			
Estado Civil					
Solteiro	24	40,0			
Casado	23	38,3			
Outros	13	21,7			

2) Procedimentos

A aplicação da ADM em sua forma adaptada foi realizada individualmente e mediante leitura de cada item pelo aplicador (alunos do Curso de Psicologia devidamente treinados para esse trabalho).

Os passos seguidos no processo de aplicação da escala foram os seguintes:

- explicação do trabalho: foram fornecidas algumas informações a respeito da pesquisa e de seus objetivos; aos sujeitos era dada a oportunidade de se expressarem em relação ao termo "doente mental" e, em seguida, deixava-se claro o seu significado para o presente trabalho ;

- preenchimento do questionário de dados demográficos;
- leitura das instruções: onde, sempre que necessário, eram dadas explicações até que ficassem bem entendidas;

- leitura de cada item e apresentação das alternativas para respostas. Os sujeitos davam sua resposta oralmente, cujo código era registrado na Folha de Respostas, pelo aplicador. Qualquer explicação só era fornecida mediante dúvidas por parte do sujeito; as explicações dadas constavam de uma lista previamente elaborada com base nos dados da análise semântica; toda e qualquer explicação fornecida era anotada pelo aplicador. O seguinte exemplo ilustra tal caso:

Item 1 — "O doente mental maltrata pessoas e animais sem piedade". Se surgissem dúvidas quanto ao significado das palavras "maltrata" ou "piedade", a explicação a ser dada, contida na lista, seria "trata mal" e "sem dó", respectivamente.

3) Resultados

Foi feita uma análise de correlação item-fator para verificar a consistência interna dos itens em seus respectivos fatores. Os resultados são apresentados nas tabelas 1 a 5 do Apêndice, onde aparecem a descrição de cada item do fator, em sua forma adaptada, sua média, desvio padrão e correlação item-fator, assim como a média e desvio padrão fatoriais.

Fator 1 — Incapacidade (Tabela 1 — Apêndice C)

Dos 22 itens que compõem o Fator 1 da ADM original, apenas seis apresentam, na forma adaptada, coeficientes de correlação item-fator não significativos a nível de 0,05; tais itens, no entanto, embora não contribuam para o referido fator, não chegam a prejudicá-lo visto que o coeficiente é do mesmo sinal que os demais itens; tendo em vista a equivalência, para fins de comparação, entre as duas formas da ADM, tais itens foram mantidos.

Fator 2 — Desorientação (Tabela 2 — Apêndice C)

Apenas um item, dos 21 que constituem esse fator, não possui correlação item-fator significativa a nível de 0,05; tal item, não obstante, foi conservado pelos mesmos motivos expressos para aqueles itens do Fator 1 em semelhante situação.

Fator 3 — Violência (Tabela 3 — Apêndice C)

Neste fator, todos os nove itens que o compõem tiveram correlações item-fator significativas a nível de 0,01, com exceção do item 11 cuja significância está a nível de 0,05.

Fator 4 – *Desvio Sexual* (Tabela 4 – Apêndice C)

Todos os itens do Fator 4 da ADM apresentaram coeficientes de correlação item-fator significativos a nível de 0,01.

Fator 5 – *Alienação* (Tabela 5 – Apêndice C)

Apenas um item desse fator não possui correlação item-fator significativa a nível de 0,05; também com exceção de um só item cuja significância está a este nível, todos os 18 itens restantes são significativos a nível de 0,01.

2.3 – PARÂMETROS PSICOMÉTRICOS DA ESCALA ADM ADAPTADA

2.3.1 – Validade

As mudanças ocorridas na adaptação da escala ADM, com relação à escala original, foram mais de caráter gramatical do que de conteúdo dos seus fatores, como mostrou a análise dos resultados; por conseguinte, pode-se concluir que a mesma validade de construto, estabelecida para a escala original, persiste na sua forma adaptada.

2.3.2 – Precisão

Os índices de precisão foram calculados através do alfa de Cronbach. A Tabela 11 apresenta estes índices, que são altamente significativos para todos os fatores da ADM, inclusive para o Fator 3 (Violência), que na escala original atingia o índice de 0,79, agora apresenta uma precisão de 0,86.

2.3.3 – Utilização

O uso da ADM adaptada segue os mesmos procedimentos da forma original. A diferença consiste na população a que esta escala se aplica, que é de indivíduos de baixa escolaridade; ao passo que a ADM original se destina à população de escolaridade sobretudo de final do 1.º grau e acima.

TABELA 11

Índices α de precisão dos fatores da ADM adaptada*

	Incapacidade	Desorientação	Violência	Desvio Sexual	Alienação
n	22	21	9	11	20
α	0,80	0,88	0,86	0,87	0,89

* Segundo programa RELIABILITY do SPSSV8

CAPÍTULO 3

ATITUDES FRENTE AO DOENTE MENTAL NO BRASIL. DADOS EMPÍRICOS

A escala ADM já foi utilizada em quatro estudos no Brasil, sendo duas teses de mestrado (Pinto Nogueira, 1982; Martins, 1982). Os resultados gerais desses trabalhos com referência às atitudes frente ao doente mental, que aparecem na tabela 12, e figura 3, permitem certas comparações, análise e conclusões.

TABELA 12

Média e desvio padrão da aplicação dos fatores da ADM ao doente mental em quatro estudos (A: ADM original; B: ADM adaptada; C: Pinto Nogueira, 1982; D: Martins, 1982)

F A T O R	A		B		C		D	
	\bar{X}	DP	\bar{X}	DP	\bar{X}	DP	\bar{X}	DP
N	1924		60		89		232	
1. Incapacidade	3,56	0,37	5,03	0,30	5,60	0,87	3,84	0,89
2. Desorientação	4,10	0,22	5,13	0,26	5,73	0,76	4,23	0,88
3. Violência	3,53	0,92	4,91	0,33	5,68	0,82	3,92	0,94
4. Desvio Sexual	3,49	0,29	4,60	0,18	4,71	0,97	3,57	0,87
5. Alienação	2,76	0,45	4,47	0,48	5,10	1,00	3,14	0,89

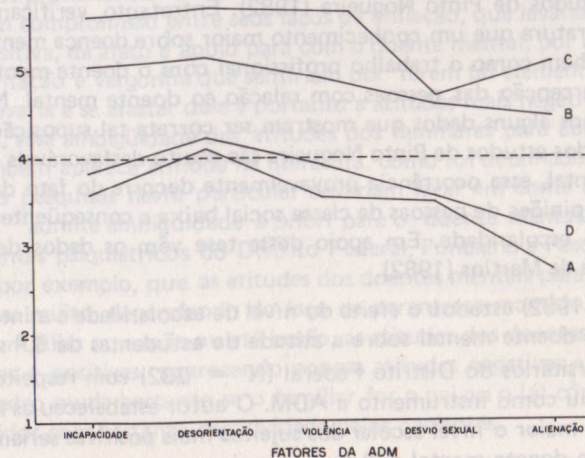


Fig. 3 – Atribuição dos fatores ADM ao doente mental em três estudos (A: ADM original; B: ADM adaptada; C: Pinto Nogueira, 1982; D: Martins, 1982).

Observa-se, inicialmente, que o modo de atribuir os fatores aos doentes mentais é similar em todos os estudos, isto é, os fatores mais aplicados e os menos aplicados, dentro de cada estudo, são os mesmos. A despeito dessa correlação, a intensidade de atribuição dos fatores é muito diversa nos vários estudos. Na verdade, no caso dos estudos de Pinto Nogueira (estudos B e C) todos os fatores expressam descrições que os sujeitos acham características dos doentes mentais. Estes aparecem ali como indivíduos incapazes, desorientados, violentos, alienados e propensos a perversões sexuais. Obviamente, o doente mental é percebido com extrema negatividade, sendo considerado incapaz, perigoso e perverso, um "louco" ou "doido", como os sujeitos se expressavam por ocasião da análise semântica durante o processo de adaptação da ADM. Pelo contrário, nos outros dois estudos, somente o fator 2 (desorientação) é claramente atribuído ao doente mental. Este, então, é percebido como um sujeito atrapalhado, incapaz de coordenar adequadamente sua vida e de manter relações normais com os outros. Entretanto, ele não é um perverso, nem um incapaz total e também não é perigoso. É um sujeito com grandes dificuldades para levar uma vida pessoal e social normal, mas que é capaz de, com ajuda, chegar a viver razoavelmente ajustado na sociedade.

As discordâncias nos resultados dessas pesquisas são óbvias. Cabe verificar a razão das mesmas. Primeiramente, é preciso recordar que a opinião da comunidade em geral, no mundo ocidental, como foi visto na Parte I do trabalho é ainda bastante negativa com relação ao doente mental, cheia de estereótipos e preconceitos que denigrem a imagem deste com estigmas pejorativos de vários tipos (Freeman & Simmons, 1963; Bentz *et al.*, 1970; Cumming & Cumming, 1957; Whatley, 1959; Bateman, 1963; Nunnally, 1961; Kish & Hood, 1974; Townsend, 1975; Durham, 1977; Hee, 1978). Com este modo de percepção concordam os estudos de Pinto Nogueira (1982). Entretanto, verificamos também através da literatura que um conhecimento maior sobre doença mental ou maior nível escolar, bem como o trabalho profissional com o doente mental tendem a melhorar a percepção das pessoas com relação ao doente mental. No contexto brasileiro, temos alguns dados que mostram ser correta tal suposição. Assim, se os resultados dos estudos de Pinto Nogueira são muito desfavoráveis com relação ao doente mental, essa ocorrência provavelmente decorre do fato da autora ter levantado as opiniões de pessoas de classe social baixa e conseqüentemente, também de baixa escolaridade. Em apoio dessa tese vêm os dados de d'Amorim (1982, 1983) e de Martins (1982).

Martins (1982) estudou o efeito do nível de escolaridade e a intensidade de contato com o doente mental sobre a atitude de estudantes de 5.^a série do 1.^o grau até universitários do Distrito Federal (N = 232) com respeito ao doente mental. Utilizou como instrumento a ADM. O autor estabeleceu as hipóteses de que 1) quanto maior o nível escolar dos sujeitos mais positivas seriam suas atitudes para com o doente mental e 2) quanto maior o contato que os sujeitos mantêm com o doente mental, mais positivas suas atitudes para com ele; assim os familiares teriam atitudes mais positivas que os profissionais (psiquiatra, psicólogo,

etc) e estes mais que os leigos não parentes do doente. Os resultados mostraram que, com exceção do fator desvio sexual onde os resultados não chegaram a ser claros, em todos os outros fatores (incapacidade, desorientação, violência e alienação) a hipótese 1 foi inteiramente confirmada. Estes resultados estão plenamente de acordo com a literatura estrangeira neste assunto. O autor comenta: "Parece que a escolaridade, à medida que aumenta, propicia, simultaneamente, uma maior inserção nos valores básicos acalentados pela sociedade. Isso significa, por exemplo, em uma cultura ocidental, cristã e com aspiração democrática como a nossa, uma valorização dos ideais de humanismo, fraternidade, respeito ao próximo, comiseração pelos desafortunados, etc. Vale dizer que a escolaridade, sendo uma peça fundamental no processo de aculturação, produz a aquisição de valores elevados como os sustentados por nossa sociedade, levando assim a atitudes mais condescendentes para com os outros.

Por outro lado, a escolaridade parece propiciar também uma maior sofisticação psicológica no sentido de uma maior plasticidade de pensamentos, julgamentos, sentimentos, etc., ou seja, uma transformação de posturas maniqueístas, rígidas e restritas, em atitudes mais flexíveis. Dessa forma, a separação entre o normal e o patológico passaria a ser vista não mais como um ponto de ruptura, mas sim como um contínuo de gradações, o que permitirá menos rotulações ou caracterização estereotipada do doente mental e possibilitaria atitudes mais positivas" (ps. 81s).

Com referência à hipótese 2, os resultados mostraram que, de um modo geral, são os profissionais da área de saúde mental que apresentam as atitudes mais positivas, ao passo que os familiares do doente não diferem dos demais leigos não parentes deste em suas atitudes para com o mesmo, atitudes mais negativas que a dos profissionais. O autor explica essa reação dos familiares como resultados de um compromisso entre seus laços de afiliação, que levariam a uma atitude mais positiva, de afeto e apoio para com o doente mental, por um lado, e, por outro, a irritação e vergonha que sentiriam por terem tal elemento em sua família, o que levaria a se afastar dele e portanto a atitudes mais negativas.

Aliás, essa ambigüidade das atitudes dos familiares para com o seu doente mental também aparece amiúde na literatura, como foi detalhado na Parte I. Entretanto, as pesquisas neste particular deveriam levar em conta que a categoria "familiares" admite ambigüidade *a priori* para o doente mental. Num trabalho entre pacientes psiquiátricos do Distrito Federal, Ponciano e Pasquali (1982) verificaram, por exemplo, que as atitudes dos doentes mentais para com seus familiares variam muito, dependendo do laço de parentesco mantido. Assim, se o familiar for um filho ou a mãe ou até irmão, as atitudes dos doentes são nitidamente afetuosas e positivas, aparecendo poucas atitudes negativas e queixas contra eles. O quadro muda bastante se o familiar for o pai ou o (a) cônjuge, pois estes já são sentidos com bastante negatividade pelos pacientes.

Contudo, o fato de que os profissionais mantenham atitudes mais positivas para com o doente mental do que fazem os próprios familiares deste, parece estabelecer que o nível de escolaridade, especialmente quando específica, isto é,

um conhecimento maior da doença mental, provocaria atitudes favoráveis para com o doente mais do que o próprio parentesco. Se isto for verdadeiro, então parece igualmente claro que estamos lidando aqui com o problema do modelo demonológico, ou de ressaibos fortes remanescentes do mesmo, na compreensão da doença mental, modelo este que um maior nível de conhecimentos tende a debelar.

D'Amorim (1983), por outro lado, num estudo efetuado entre profissionais de saúde mental (psiquiatras, psicólogos e enfermeiras psiquiátricas) e população em geral de João Pessoa-PB, utilizando um questionário de atitudes, verificou que realmente existe muito mais atribuição de estigma ao doente mental por parte da população do que por parte dos profissionais (vide tabela 13). Verificou, outrossim, a mesma relação com referência à necessidade de internar o doente em hospitais especiais, a qual é enfatizada pela população, mas não pelos profissionais de saúde mental. A autora não verificou, entretanto, diferença entre profissionais e população quanto à disposição de associar-se com ex-pacientes mentais, caso em que ambas as amostras apresentaram uma disposição mais ou menos expressiva na admissão de aceitarem um relacionamento pessoal maior com os ex-pacientes.

TABELA 13

Porcentagem de aceitação de fatores de doença mental em profissionais e população em geral de João Pessoa — PB (D'Amorim, 1983)

F A T O R	Profissionais (35)	População (682)	Total (717)
1. Distância Social: Relações com ex-paciente mental	54,27	53,32	53,80
2. Cura e Prevenção da Doença Mental	91,25	78,75	85,00
3. Etiologia da Doença Mental			
• Inatismo	60,00	82,40	71,20
• Condições Sociais	48,50	57,40	52,95
4. Responsabilidade pela Doença Mental	54,25	54,50	54,38
5. Internação em Hospitais Psiquiátricos	38,77	65,07	51,92
6. Tratamento por Psiquiatra	56,20	59,50	57,85
7. Estigma (vergonha, medo)	41,40	60,11	50,76

Comparando diferentes níveis de classe social entre os indivíduos não profissionais do mesmo estudo, d'Amorim (1982) verificou que sujeitos de classes mais elevadas apresentaram atitudes sistematicamente mais positivas com relação

ao problema da doença mental. Na verdade, eles apresentaram maior disposição para se associar com ex-pacientes mentais, sentiam-se mais responsáveis pela ocorrência da doença e atribuíam muito menos estigmas (apresentavam menos medo, vergonha, etc., do doente). A autora comenta: "como, no Brasil, o nível de escolaridade e o nível sócio-econômico apresentam, em geral, uma alta correlação positiva, estes resultados poderiam talvez ser explicados pelo maior esclarecimento em relação ao problema da doença mental nas pessoas cujo nível educacional é mais alto" (p. 119).

No próprio estudo de Pinto Nogueira (1982), realizado entre sujeitos de classe sócio-econômica baixa do Ceará, mas cuja escolaridade variava de analfabetismo a 2.º grau completo, verificou-se que quanto maior fosse seu nível de escolaridade menos os sujeitos atribuíam os fatores da ADM ao doente mental, fatores estes que expressam uma série de conceitos negativos para com o doente.

Os estudos sobre as atitudes das pessoas com relação ao doente mental ainda são muito raros no Brasil. Entretanto, os resultados que eles apresentam parecem convergir com o que a literatura internacional vem oferecendo neste setor, isto é,

1) existe ainda muito preconceito e estigma entre a população em referência ao doente mental. Note-se, neste caso particular, que a ADM só contém fatores de caráter negativo: o doente mental é um incapaz, um violento, um alienado, etc. Tal ocorrência não se deveu a que a ADM original não comportasse frases e avaliações positivas do doente. Entretanto, essas afirmações positivas não mostraram nenhuma tendência de agrupamento em um fator sequer nas respostas dos sujeitos. Tal evento sugere que, ao se deparar com a questão do doente mental, na mente das pessoas não aparece nenhuma linha mestra (fator, vetor) de pensamento que vincule segmentos de um campo semântico onde o doente mental fosse concebido como um ser ou personalidade que apresentasse tais e tais *qualidades*. Somente aparece uma série de estereótipos, de estigmas, que são ou não aceitos como característicos do doente mental;

2) a formação acadêmica, especialmente, na área da saúde mental, favorece atitudes mais positivas com relação ao doente mental;

3) as atitudes dos familiares se aproximam mais às da população geral do que da dos profissionais da área da saúde mental, isto é, os familiares têm atitudes mais negativas.

É triste concluir que, de um modo geral, parece que na concepção e atitudes com referência à doença mental ainda domina, entre a população, o modelo demonológico, onde preconceitos sobre a doença e medo do portador da mesma imperam sobre posicionamentos mais esclarecidos e racionais. Felizmente, também parece certo que à medida que a população adquire maiores conhecimentos, maior nível educacional, também vai incorporando concepções mais racionais sobre a doença mental e assumindo atitudes mais benignas com relação ao doente mental.

Nesta linha podemos citar os resultados encontrados por Pinto Nogueira (1986) numa pesquisa mais recente em que, mediante um procedimento didático/educativo junto a estudantes de Psicologia, obteve uma mudança favorável

em suas atitudes. Acreditando que o tipo de informação/mensagem veiculado constitui fator decisivo para que o conhecimento favoreça efetivamente atitudes mais positivas, a autora trabalhou especificamente com o modelo sócio-cultural de doença mental, numa abordagem em que, escreve ela, "questionamos o conceito de doença mental, em que demonstramos sob uma perspectiva histórica, a ideologia que o criou e sustenta, em que expomos a noção de desvio como uma forma de entender os comportamentos das pessoas, e em que apresentamos formas alternativas de lidar com estas experiências subjetivas que têm sido consideradas sinais de uma doença mental." (p. 38).

A compreensão da doença mental sob tal perspectiva contribui, assim, para a redução das crenças estereotipadas e da própria diferença entre o normal e o anormal, resultando em atitudes mais flexíveis e em concepções desmistificadas da doença mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barrett, J., Jr.; Kiriansky, J.; & Gurland, B. Community tenure following emergency discharge. *American Journal of Psychiatry*, 128, 958-964, 1972.
- Bateman, N. Attitudes toward ex-mental patients as measured by scales of social distance and social responsibility. *Research Reports in Social Science*, 1963, 6, 11-30.
- Bentz, W.K.; Hollister, W.G.; & Kherlopian, M. Attitudes of social distance and social responsibility in the Schools, 1970, 7 (2), 198-203.
- Braginsky, B.M.; Braginsky, D.D.; & King, K. *Methods of madness. The mental hospital as a last resort*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969.
- Carstairs, G.M. The social limits of eccentricity: An English study. In: Opler, M.K. (ed.) *Culture and mental health: Cross-cultural studies*. New York: MacMillan Co., 1959, pp 373-389.
- 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.
- Cohen, J. & Struening, E.L. Opinions About Mental Illness: Hospital social atmosphere profiles and their relevance to effectiveness. *Journal of Consulting Psychology*, 28, 291-298, 1964.
- Crocetti, G. & Lemkau, P. Public opinion of psychiatric home care in a urban area. *American Journal of Public Health*, 53, 409-417, 1963.
- Crocetti, G.; Spiro, H.; & Siassi, I. Are the ranks closed? Attitudinal social distance and mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1121-1127, 1971.
- Cumming, E. & Cumming, J. *Closed ranks: An experiment in mental health education*. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1957.
- D'Amorim, M.A. Nível sócio-econômico, percepção da doença mental e atitude em relação ao doente mental. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 1982, 34 (4), 113-121.
- D'Amorim, M.A. Atitudes de uma comunidade em relação à doença mental. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 1983, 35 (1), 68-76.
- 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.

- Durham, K. Attitudes and opinions of high school teachers toward mental health. *Dissertation Abstracts International*, 37, (9-B), 4752-4753, 1977.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, Mass: Addison-Wesley, 1975.
- Freeman, H.E. & Simmons, O.G. *The mental patient comes home*. New York: John Wiley and Sons, Inc., 1963.
- Gilbert, D.C. & Levinson, D.J. "Custodialism" and "Humanism" in staff ideology. In: D.J. Levinson & R.H. Williams (Eds.) *The patient and mental hospital*. Glencoe, Ill: Free Press, 1975, pp. 20-35.
- 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.
- Jaspers, K. *Psicopatologia geral*. São Paulo. Ed. Mestre Jou, 1969.
- 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.
- 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.
- Lorei, T. Prediction of length of stay out of the hospital for released psychiatric patients. *Journal of Consulting Psychology*, 28, 358-363, 1964.
- Martins, A.E. de O. "Atitudes frente ao doente mental: influências do tipo de contato e do nível de escolaridade". Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, 1982.
- Meyer, R. K. Attitudes toward mental illness in a Maryland community. *Public Health Reports*, 79, 769-772, 1964.
- Michaux, W.; Katz, M.; Kurland, A.; & Gansereit, K. *The first year out: Mental patient after hospitalization*. Baltimore, Md: The John Hopkins Press, 1969.
- 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.
- Moscowitz, 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.
- Nunnally, J.C. *Popular conceptions of mental health: Their development and change*. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1961.
- Paim, I. *Curso de psicopatologia*. São Paulo: Grijalho, 1974.
- 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 de Mestrado, Universidade de Brasília, 1982. (*Revista de Psicologia*, 1(1), 25-49, 1983).
- Pinto Nogueira, A.M. Atitudes frente ao doente mental - O conhecimento da abordagem sócio-cultural da doença mental como promotor de atitudes positivas. *Revista de Psicologia*, 4 (1), 25-50, 1986.
- Ponciano, J.R.; & Pasquali, L. Rotatividade e tipo de tratamento em pacientes internados em clínicas psiquiátricas do Distrito Federal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 1982, 2 (1), 7-33.
- Rabkin, J. Opinions about mental illness: A review of literature. *Psychological Bulletin*, 77, 153-171, 1972.

- Rabkin, J. Public attitudes toward mental illness: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 9-57, 1974.
- Rokeach, M. *The three Christs of Ypsilanti*. New York: Knopf, 1964.
- Rose, C. Relatives' attitudes and mental hospitalization. *Mental Hygiene*, 43, 194-203, 1959.
- Scheff, T. *Being mentally ill: A sociological theory*. Chicago, ill: Aldine, 1966.
- Schneider, K. *Psicopatologia clínica*. São Paulo: Ed. Mestre Jou, 1976.
- Swingle, P. Relatives' concepts of mental patients. *Mental Hygiene*, 49, 461-465, 1965.
- Townsend, J.M. Cultural conceptions, mental disorders and social roles: A comparison of Germany and America. *American Sociological Review*, 40, 739-752, 1975.
- 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).
- Yarrow, M.; Schwartz, C.; Murphy, H.; & Deasy, L. The psychological meaning of mental illness in the family. *Journal of Social Issues*, 11, 12-24, 1955(b).

APÊNDICE C
Fatores de ADM Adaptada
APÊNDICE B
ADM - FORMA ADAPTADA
APÊNDICE A

APÊNDICE A

Escala de Atitudes Frente ao Doente Mental - ADM

INSTRUÇÕES

Este trabalho tem o objetivo de colher informações para uma melhor compreensão do doente mental.

Sabemos que existem diversas formas de doença mental e que ela ocorre com muita frequência. Sabemos também que as pessoas têm diferentes opiniões e reações diante do doente mental.

Gostaríamos de conhecer a *sua* opinião neste caso.

Para tanto, apresentamos, a seguir, uma lista de frases que afirmam alguma coisa sobre o doente mental. Sua tarefa consiste em dar a sua opinião sobre essas afirmações:

Veja o exemplo abaixo:

O doente mental é bobo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

Se você estiver totalmente de acordo com a frase, você marcará o 7 na escala; se porém, você estiver totalmente em desacordo com a frase, você marcará o número 1 da escala. E assim por diante, sabendo que:

- 1 = discordo totalmente
- 2 = discordo muito
- 3 = discordo
- 4 = indiferente, não sei, em dúvida
- 5 = concordo
- 6 = concordo muito
- 7 = concordo totalmente

Procure responder o mais sinceramente possível. Responda a todas as frases e lembre-se de que não há respostas certas ou erradas. A nós interessa a sua opinião. Não é preciso escrever o seu nome.

PODE COMEÇAR!

APÊNDICE B

ADM — FORMA ADAPTADA

Instruções

Esse trabalho procura colher informações para uma melhor compreensão do doente mental, isto é, daquelas pessoas que já foram alguma vez internadas por problemas mentais.

Sabemos que existem diversas formas de doença mental e que ela acontece com muita frequência. Sabemos também que as pessoas têm diferentes opiniões e reações diante do doente mental.

Gostaríamos de conhecer a sua opinião neste caso.

Para isso apresentamos, a seguir, uma lista de frases que afirmam alguma coisa sobre o doente mental. Sua tarefa é dar a sua opinião, dizendo se está ou não de acordo com o que essas frases afirmam. Além disso, você deve dizer o quanto concorda ou não concorda com as frases, escolhendo uma das seguintes respostas:

- 1 = discordo totalmente
- 2 = discordo muito
- 3 = discordo
- 4 = não sei se discordo ou concordo
- 5 = concordo
- 6 = concordo muito
- 7 = concordo totalmente

Por exemplo: se a frase diz "O doente mental é bobo" e se você estiver totalmente de acordo com essa frase, você responderá concordo totalmente.

Somente no caso de você não ter nenhuma idéia sobre o que diz a frase, você poderá responder Não sei se discordo ou concordo.

Seja espontâneo, sua primeira reação é quase sempre a melhor, por isso não precisa pensar demais para responder.

Lembre-se de que não há respostas certas ou erradas, boas ou ruins. Só interessa sua opinião.

Suas respostas não serão conhecidas por mais ninguém.

VAMOS COMEÇAR!

APÊNDICE C

Fatores da ADM Adaptada

TABELA 1C — Descrição, correlação item-fator, média e desvio padrão dos itens, e média e desvio padrão do Fator 1 — Incapacidade.

Item	Correlação Item-Fator	\bar{X}	DP	DESCRIÇÃO
6	0,26*	4,86	1,71	Uma pessoa doente mental não é capaz de participar de reuniões sociais.
7	0,32*	5,41	1,32	O doente mental pensa de modo confuso. (§)
10	0,48**	4,93	1,58	Não se pode contar com um doente mental para realizar uma tarefa em grupo. (§)
15	0,24	4,54	1,39	O doente mental não sabe o que quer.
21	0,31*	4,96	1,48	O doente mental não consegue fazer certa uma simples conta. (§)
24	0,15	5,27	1,21	O doente mental é incapaz de decidir sobre sua própria vida.
28	0,44**	4,45	1,65	O doente mental não merece confiança. (§)
39	0,46**	4,45	1,67	O doente mental dificilmente realiza um trabalho útil. (§)
47	0,40**	5,36	1,47	Não se pode confiar ao doente mental coisas que se quebram facilmente.
48	0,34**	4,80	1,49	O doente mental não sabe julgar as coisas. (§)
49	0,44**	5,14	1,41	O doente mental pouco compreende as coisas.
50	0,13	5,37	1,20	As idéias do doente mental são esquisitas.
51	0,42**	5,41	1,28	Freqüentemente o doente mental se esquece de coisas importantes.
53	0,48**	4,95	1,38	O doente mental não guarda nada do que lhe dizem. (§)
56	0,41**	5,04	1,25	Dificilmente um doente mental sabe em que dia do mês está.
57	0,45**	5,50	1,08	É difícil para um doente mental resolver um problema.
59	0,52**	5,07	1,39	O doente mental não é capaz de contar um acontecimento em uma ordem correta. (§)
63	0,17	4,95	1,38	O doente mental lembra-se pouco dos fatos passados.
64	0,17	4,80	1,54	O doente mental não tem vontade própria. (§)
66	0,43**	5,18	1,75	O doente mental não deveria casar-se.
67	0,34**	5,00	1,57	O doente mental não se preocupa em guardar suas coisas. (§)
70	0,24	5,18	1,43	O doente mental é incapaz de se concentrar em alguma coisa.
		5,03	0,30	

(§) item modificado

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tabela 2C — Descrição, correlação item-fator, média e desvio padrão dos itens, e média e desvio padrão do Fator 2 — Desorientação.

Item	Correlação Item-Fator	\bar{X}	DP	DESCRIÇÃO
22	0,50**	5,46	1,16	Muitas vezes o doente mental ri sem motivo algum. (§)
25	0,47**	5,55	1,11	Lembrar-se das coisas de forma distorcida é comum ao doente mental.
31	0,34**	5,12	1,38	O doente mental vive cismado.
34	0,63**	5,07	1,35	O doente mental faz uma mistura de palavras quando fala.
36	0,59**	4,73	1,37	Uma coisa muito comum ao doente mental é ele nunca estar em contato com a realidade. (§)
37	0,47**	4,88	1,53	O doente mental tem um jeito de quem está no "mundo da lua". (§)
38	0,36**	5,04	1,37	O doente mental tem a mania de repetir as últimas palavras de uma frase.
41	0,53**	5,30	1,22	O doente mental se perde no meio das frases.
43	0,36**	4,77	1,57	Esquecer para onde vai é comum ao doente mental. (§)
44	0,56**	5,23	1,36	O doente mental vive num mundo tão diferente que não liga para as coisas que acontecem ao seu redor.
46	0,57**	5,02	1,53	O doente mental tem idéias confusas.
47	0,44**	5,36	1,47	Não se pode confiar ao doente mental coisas que se quebram facilmente.
50	0,22	5,37	1,20	As idéias do doente mental são esquisitas.
51	0,50**	5,41	1,28	Freqüentemente o doente mental se esquece de coisas importantes.
56	0,40**	5,04	1,25	Difícilmente um doente mental sabe em que dia do mês está.
57	0,48**	5,50	1,08	É difícil para um doente mental resolver um problema.
59	0,61**	5,07	1,39	O doente mental não é capaz de contar um acontecimento em uma ordem correta. (§)
60	0,44**	4,79	1,06	Os sonhos do doente mental são confusos.
62	0,45**	5,21	1,30	O doente mental costuma insistir no mesmo pensamento. (§)
68	0,51**	4,77	1,01	Os pensamentos do doente mental são como um sonho.
69	0,43**	5,09	1,03	O doente mental vê o mundo mais colorido do que o mundo realmente é.
		5,13	0,26	

(§) item modificado

* p < 0,05

** p < 0,01

Tabela 3C — Descrição, correlação item-fator, média e desvio padrão dos itens, e média e desvio padrão do Fator 3 — Violência.

Item	Correlação Item-Fator	\bar{X}	DP	DESCRIÇÃO
1	0,60**	4,55	1,66	Um doente mental maltrata pessoas e animais sem piedade.
2	0,64**	4,61	1,60	O doente mental é um grosso, ofende facilmente as pessoas.
4	0,69**	4,41	1,51	O doente mental não tem pena, maltrata os animais sem necessidade.
5	0,62**	4,87	1,43	O doente mental tem fortes estados de raiva.
8	0,62**	5,18	1,43	Comportamentos agressivos são muito comuns ao doente mental.
10	0,44**	4,93	1,58	Não se pode contar com um doente mental para realizar uma tarefa em grupo. (§)
11	0,31*	5,41	1,26	O doente mental é cheio de esquisitices. (§)
12	0,65**	5,12	1,76	É perigoso deixar uma criança aos cuidados de um doente mental.
26	0,71**	5,09	1,50	O doente mental se irrita com muita facilidade.
		4,91	0,33	

(§) item modificado

* p < 0,05

** p < 0,01

Tabela 4C — Descrição, correlação item-fator, média e desvio padrão dos itens, e médio e desvio padrão do Fator 4 — Desvio Sexual.

Item	Correlação Item-fator	\bar{X}	DP	DESCRIÇÃO
18	0,51**	4,61	1,37	É comum ao doente mental comportamentos sexuais que provoquem sofrimento nos outros.
20	0,36**	4,20	1,41	O doente mental só sente prazer durante o ato sexual, quando é maltratado. (§)
23	0,50**	4,80	1,78	O doente mental é capaz de matar por qualquer motivo.
27	0,73**	4,59	1,69	O doente mental costuma ser tarado.
29	0,57**	4,63	1,52	O doente mental tem relações sexuais com animais.
32	0,68**	4,77	1,39	O doente mental sente prazer ao mostrar os órgãos sexuais. (§)
52	0,65**	4,66	1,56	O doente mental sente prazer ao bater no companheiro sexual. (§)
54	0,56**	4,45	1,46	Ter desejos sexuais por crianças é comum ao doente mental. (§)
55	0,55*	5,59	1,49	Nada escapa à fúria do doente mental.
58	0,63**	4,80	1,43	O doente mental sente prazer sexual pelo simples fato de ver objetos de certas pessoas. (§)
65	0,51**	4,52	1,28	Espiar outras pessoas tendo relações sexuais é comum ao doente mental. (§)
		4,60	0,18	

(§) item modificado

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tabela 5C — Descrição, correlação item-fator, média e desvio padrão dos itens, e média e desvio padrão do Fator 5 — Alienação.

Item	Correlação Item-fator	\bar{X}	DP	DESCRIÇÃO
4	0,46**	4,41	1,51	O doente mental não tem pena, maltrata os animais sem necessidade.
9	0,57**	4,87	1,55	Um doente mental não tem capacidade para fazer uma simples tarefa. (§)
10	0,42**	4,93	1,58	Não se pode contar com um doente mental para realizar uma tarefa em grupo. (§)
13	0,58**	4,59	1,50	O doente mental não sabe cooperar com outras pessoas. (§)
14	0,60**	3,75	1,72	É perigoso aproximar-se de uma pessoa doente mental.
16	0,44**	4,73	1,41	O doente mental não tem disposição para nada.
17	0,52**	3,98	1,78	O doente mental não está em condições de ter outras pessoas como companheiras. (§)
19	0,44**	4,75	1,66	Se perguntarmos a um doente mental em que parte do dia estamos, ele não saberá responder.
21	0,24	4,96	1,48	O doente mental não consegue fazer certa uma simples conta. (§)
28	0,61**	4,45	1,65	O doente mental não merece confiança. (§)
30	0,39**	5,27	1,33	Dá para reconhecer logo um doente mental pela maneira esquisita de se vestir. (§)
33	0,61**	3,89	1,70	O doente mental não sabe seu próprio nome.
35	0,55**	4,30	1,62	O doente mental não tem idéia de onde ele se encontra. (§)
39	0,55**	4,45	1,67	O doente mental dificilmente faz um trabalho útil. (§)
40	0,48**	4,57	1,47	O doente mental não faz diferença clara entre as formas dos objetos. (§)
42	0,47**	3,43	1,77	O doente mental não reconhece seus familiares.
45	0,68**	4,46	1,75	O doente mental é um perigo para as pessoas. (§)
53	0,37**	4,95	1,38	O doente mental não guarda nada do que lhe dizem. (§)
61	0,67**	3,87	1,65	Um doente mental é incapaz de manter relações de amizade com outras pessoas.
64	0,33*	4,80	1,54	O doente mental não tem vontade própria.
		4,47	0,48	

(§) item modificado

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$