Estudo comparativo da percepção da doença mental pela comunidade*

MARIA ALICE D'AMORIM**

1. Histórico do problema; 2. Os estudos paraibanos; 3. Comparação geral dos dados; 4. Comparações específicas.

Este artigo apresenta os resultados de várias pesquisas sobre a percepção de doença mental empregando o mesmo instrumento, cinco descrições comportamentais de indivíduos apresentando sintomas de alcoolismo, depressão, esquizofrenia, debilidade mental e distúrbios comportamentais. Comparações mais detalhadas foram realizadas entre dois estudos feitos em João Pessoa, o primeiro com uma amostra aleatória da população e o segundo com um grupo de profissionais, e dois outros realizados nos EUA com grupos semelhantes (população e líderes). Estas comparações abrangeram a percepção de doença mental e os tipos de ajuda mais adequados a cada caso (pessoas, instituições e tratamento). A percepção dos profissionais brasileiros foi significativamente maior que a da população de João Pessoa, nos casos de alcoolismo e distúrbios comportamentais, e também significativamente superior à do grupo de líderes americanos para os distúrbios comportamentais.

As diferenças mais importantes quanto ao tipo de ajuda aparecem entre profissionais brasileiros e líderes americanos em relação ao médico, ao psiquiatra e ao ministro e/ou padre, bem mais valorizados nos EUA.

1. Histórico do problema

A atitude de uma comunidade em relação ao doente mental e ao tipo de tratamento que ele deve receber está ligada à habilidade dos membros desta comunidade em reconhecer os sintomas das doenças mentais. Assim, a etapa inicial de um planejamento de serviços comunitários deve ser uma avaliação do nível de percepção da doença mental pelos membros da comunidade em questão. Esta avaliação tem, em geral, como base, uma abordagem teórica que define a doença mental através da sintomatologia médica.

O primeiro estudo de vulto sobre a percepção da doença mental foi realizado nos EUA, em 1950, por Shirley Star, através de um levantamento em todo o país, encomendado pelo

* Pesquisa realizada sob os auspícios da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba. (Apresentado à redação em 11.6.79.)

** Do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB. (Endereço da autora: Av. Getúlio Vargas, 109/1.301 – 58.000 – João Pessoa, PB.)

Centro Nacional de Pesquisas de Opinião; ajudada por vários psiquiatras, ela elaborou seis *descrições comportamentais* de pessoas apresentando sintomas de paranóia, esquizofrenia, neurose depressiva, alcoolismo, neurose compulsiva e distúrbios comportamentais. As descrições visavam medir a habilidade do indivíduo em reconhecer casos de doença mental e seus sentimentos acerca do prognóstico.

Os estudos de Star (1955, 1956) mostraram claramente a incapacidade, por parte da população, de reconhecer a doença mental nos termos em que foi descrita. Os sentimentos gerais acerca da doença mental parecem ser os de desconhecimento dos aspectos comportamentais ligados aos diversos distúrbios. Em geral, as pessoas que, por motivos pessoais, procuram fontes de informações acerca da doença mental, tornam-se mais capazes de perceber nos comportamentos descritos os sintomas da perturbação; este resultado foi encontrado para todos os níveis de educação.

Em 1955, John e Elaine Cumming usaram as descrições de Star num estudo realizado em uma pequena comunidade rural do Oeste canadense, e constataram a mesma incapacidade de reconhecer os sintomas da doença mental através das descrições comportamentais.

Em 1961, por recomendação da Comissão para a Saúde Mental, foi iniciada *uma campanha de esclarecimento* sobre a doença mental, visando tornar o público mais capaz de reconhecer os sintomas de uma perturbação e adquirir, assim, um sentimento de responsabilidade em relação ao doente mental (JCMIH, 1961).

Em 1962, Lemkau e Crocetti investigaram a percepção da doença mental, na área urbana ao redor de Baltimore, utilizando três das seis descrições de Star: paranóia, esquizofrenia e alcoolismo. Seus resultados contradizem os dados anteriores: a população parece bastante bem-informada sobre os problemas mentais e com uma habilidade sensivelmente maior para identificar seus sintomas. Segundo os autores, esta melhor percepção levaria a uma maior aceitação do doente mental, definido em termos médicos e não mais de desvio social; assim, a pessoa identificada como doente seria encaminhada para tratamento e não assumiria responsabilidade legal pelos seus atos. Este estudo foi refeito por Meyer (1964) em uma área urbana de Maryland, usando as seis descrições de Star, com resultados bastante semelhantes.

Em 1968, um programa de cinco anos foi iniciado pela Divisão de Psiquiatria de Comunidade da Universidade de Carolina do Norte, em Chapel Hill, com o fim de planificar a instalação de serviços de saúde mental no Estado.

Como parte importante da avaliação inicial das necessidades da comunidade, uma pesquisa foi realizada sobre a percepção da doença mental pela população. Dois municípios do Estado foram escolhidos para esta avaliação e, posteriormente, para manutenção de serviços de saúde mental, durante cinco anos. Um município do Estado vizinho de características populacionais semelhantes foi selecionado como controle, sendo apenas submetido às mesmas medidas para fins de comparação. Uma amostra por área foi empregada para obter aleatoriamente 1.405 habitantes dos três municípios.

Ao instrumento preparado para as entrevistas são incorporadas quatro descrições de Star: esquizofrenia, neurose depressiva, alcoolismo e distúrbios de comportamento; a descrição de paranóia foi abandonada porque obtinha um nível de reconhecimento superior às demais, e a da neurose compulsiva, dado o índice de reconhecimento demasiado baixo da população em geral, sendo as demais descrições consideradas como mais discriminantes. O mesmo instrumento foi usado com um grupo de 418 líderes formais (funções públicas) e informais (indicados pela comunidade). Este grupo pertencia às classes média e alta e era composto de 66% de profissionais cujas características educacionais, ocupacionais e econômicas eram consideradas como altamente diversas das possuídas pela média da população (Bentz, 1969, 1970, 1971).

2. Os estudos paraibanos

Em 1977, um estudo foi realizado em João Pessoa pela autora e seus colaboradores empregando quatro das descrições de Star: esquizofrenia, neurose depressiva, distúrbios de comportamento e alcoolismo. Uma descrição semelhante foi elaborada para o caso de debilidade mental.

Alcoolismo. "Temos inicialmente Paulo. Ele não é capaz de parar no emprego porque bebe demais. Quando tem dinheiro gasta-o em bebida, fica na rua até tarde e não parece se importar com o que acontece a sua mulher e aos filhos. Algumas vezes ele se arrepende da maneira como trata a sua família, pede perdão à mulher e promete não beber mais, porém sempre recomeça."

Esquizofrenia. "Temos agora uma moça de seus 20 e poucos anos chamada Dalva. Ela nunca se empregou e não parece ter vontade de procurar ocupação. É uma moça tímida, que não fala muito, nem mesmo com os membros de sua família, e age como se tivesse medo das pessoas, especialmente dos rapazes de sua idade. Ela não gosta de sair com ninguém e, quando chegam visitas, permanece em seu quarto até que partam. Gosta de ficar sozinha e sonhar acordada o tempo todo, não manifestando nenhum interesse por pessoas ou atividades."

Depressão. "Aqui está um tipo diferente de homem; nós podemos chamá-lo de Mário. Ele tem um bom emprego e vai indo bem nele. Em geral, ele se dá bem com as pessoas, mas é muito sensível e fica zangado assim que as coisas não se passam a seu gosto, ou quando alguém comenta um defeito seu. Ele se preocupa com as coisas sem importância e parece estar quase sempre aborrecido e infeliz. Tudo vai indo muito bem mas ele não consegue dormir de noite, preocupado com o passado ou com algo que possa acontecer de ruim."

Debilidade mental. "Agora uma criança chamada Marina. Ela tem 10 anos e já repetiu três vezes o 1.º ano. É uma menina muito boazinha, não gosta de brigar e, quando isto ocorre, apanha sempre das colegas. Sua mãe se aperreia muito porque ela não consegue passar de ano; esquece os recados que lhe dão e, muitas vezes, quando a mãe manda comprar alguma coisa, traz o troco errado ou esquece de comprar alguma coisa. As pessoas que a conhecem acham que o seu irmão de seis anos é mais desenvolvido do que ela."

Distúrbios comportamentais. "Um menino de 12 anos, Carlinhos, bastante inteligente, com boa saúde e uma casa confortável. Seus pais descobriram que ele vem mentindo há muito tempo, tem roubado objetos em lojas e dinheiro da bolsa da mãe, faltando à escola sempre que pode. Seus pais estão muito aborrecidos com o seu comportamento mas ele não liga."

Sobre cada um dos cinco casos anteriormente descritos, sete perguntas foram feitas aos sujeitos (682), com referência à existência ou não de uma doença mental, sua gravidade e a possibilidade de ajuda através de pessoas, instituições e tratamentos. No início de 1978, as mesmas descrições foram apresentadas a um grupo de 36 profissionais ligados direta ou indiretamente à área de saúde.

3. Comparação geral dos dados

Os resultados de sete pesquisas referentes à percepção da doença mental, utilizando as descri-

ções comportamentais de Star, podem assim ser comparados através de mais de um quarto de século.

Tal comparação (veja quadro 1) mostra uma diferença importante entre as décadas de 50 a 70, mas uma semelhança básica entre as populações urbanas e rurais; a capacidade de reconhecer a doença mental parece ter-se duplicado.

Quadro 1

Comparações das percentagens de reconhecimento das doenças mentais através das descrições de Star

Descrições	Star 1950 (*N*=3.500)	Cumming 1955 (*N*=178)	Lemkau 1962 (*N*=1.736)	Carolina do Norte 1968 (*N*=1.405)	Carolina do Norte 1970 (*N*=418)	João Pessoa 1977 (*N*=682)	João Pessoa 1978 (*N*=35)
	Nacional	Rural	Urbana	Rural	Rural	Urbana	Urbana
Paranóia	75	69	91	–	–	–	–
Alcoolismo	29	25	62	69	73	45	65
Esquizofrenia	34	36	78	76	75	73	85
Neurose depressiva	18	20	–	56	57	60	65
Distúrbios de comportamento	14	04	–	50	55	36	80
Debilidade mental	–	–	–	–	–	72	85
Neurose compulsiva	07	04	–	–	–	–	–

4. Comparações específicas

Uma série de comparações foi realizada entre os dois estudos feitos em João Pessoa e entre cada um deles e o seu correspondente americano.

1. Inicialmente confrontaram-se os resultados obtidos na amostra da população de João Pessoa com os dados fornecidos pelo grupo profissional.

Para facilitar esta comparação e poder melhor avaliar o nível de diferença encontrado, foi elaborado o quadro 2.

Podem-se interpretar as diferenças obtidas como um índice de tolerância da população ($N = 682$) em relação ao alcoolismo e aos distúrbios comportamentais cuja importância como manifestações de doença mental é percebida muito mais claramente pelos profissionais.

2. Outra confrontação possível é aquela que coloca os profissionais de João Pessoa como membros das classes média e/ou alta e os compara aos resultados específicos para estas classes.

Os resultados mostram que os profissionais têm, em geral, um nível superior de percepção da doença mental nas formas descritas nesta pesquisa. Quando o nível de percepção difere entre as duas classes sociais, este é superior para a classe média, exceto no caso de esquizofrenia. Apenas para o alcoolismo e os distúrbios comportamentais encontram-se diferenças significativas favoráveis a uma identificação do profissional com o ponto de vista de classe média.

Quadro 2

Percepção de doença mental
(percentagens)

Descrições	População (N=682)	Profissionais (N=35)	$P - x^2$
Alcoolismo	45,60	65,71	$P < 0,05$
Esquizofrenia	73,75	85,71	–
Depressão	60,26	65,71	–
Distúrbios comportamentais	36,36	80,00	$P < 0,001$
Debilidade mental	72,43	85,71	–

Quadro 3

Percepção de doença mental
População de classe média e alta e profissionais
(percentagens)

Descrições	Classe média (N=295)	Classe alta (N=45)	Profissionais (N=35)	$P - x^2$
Alcoolismo	52,00	33,33	65,71	$P < 0,01$
Esquizofrenia	70,50	75,55	85,71	–
Depressão	51,52	50,11	65,71	–
Distúrbios comportamentais	43,38	37,77	80,00	$P < 0,001$
Debilidade mental	70,17	68,88	85,71	–

3. A comparação entre os resultados obtidos na Carolina do Norte com o grupo de líderes e aqueles dos profissionais de João Pessoa pode também fornecer alguns indícios para uma interpretação.

Esta comparação permite presumir que nos EUA líderes formais e informais de uma comunidade, embora englobem 66% de profissionais, não diferem sensivelmente da população em geral quanto à percepção de doença mental mesmo no caso do distúrbio comportamental (55% em líderes contra 50% em população) (quadro 1).

Comparando-se, porém, os líderes americanos com os profissionais brasileiros, nota-se que a sua percepção é maior no caso do alcoolismo onde a tolerância da população brasileira (45% contra 69% nos americanos) parece estender-se até os líderes (quadro 1).

Por outro lado, a percepção dos distúrbios comportamentais como doença mental parece estar ligada diretamente a formação profissional especializada, em saúde ou educação (quadro 4).

4. Pode-se ainda comparar a percepção da população de João Pessoa e a de seus profissionais quanto ao tipo de pessoa, instituição ou tratamento mais adequados ao indivíduo descrito pelo entrevistador.

Quadro 4

Percepção de doença mental
pelos líderes de Carolina do Norte e pelos profissionais de
João Pessoa

Descrições	Líderes de Carolina do Norte - 1970 (N=418)	Profissionais de João Pessoa - 1978 (N=35)	$P - X^2$
Alcoolismo	73,4	65,7	–
Esquizofrenia	75,6	85,7	–
Depressão	57,9	65,7	–
Distúrbios comportamentais	55,9	80,0	$P < 0,01$

Deve-se notar que o estudo sobre a população permitiu apenas uma escolha entre as diversas possibilidades apresentadas. Assim, o número total para cada um dos três tipos de respostas (pessoas, instituições e tratamento) é sempre de 682.

No caso dos profissionais esta recomendação não foi feita, o que resultou em um número variável, ultrapassando sempre o número total de sujeitos de 35.

O quadro 5 nos mostra em percentagem as diversas escolhas realizadas segundo a percepção do que seria mais útil ao indivíduo descrito (N = número de escolhas).

O psiquiatra parece merecer igual preferência por parte da população e dos profissionais; a única diferença ocorre no caso dos distúrbios comportamentais a favor dos profissionais.

As entrevistadoras, sendo alunas de um curso de psicologia, podem ter influenciado os sujeitos a favorecerem os psicólogos em suas escolhas, razão por que este dado é considerado de pouca validade.

Quanto à família, os profissionais parecem depositar menos confiança em sua ajuda que a população em geral, talvez baseados em vivências anteriores. Por outro lado, consideram importante o papel das enfermeiras e assistentes sociais (mesma categoria), embora diminuam a relevância do médico como fonte de ajuda.

O ambulatório parece ser sistematicamente preterido ao hospital psiquiátrico e ao hospital geral, pelos profissionais, quando comparados à população geral, exceto no caso de alcoolismo. Além disso, o hospital geral é considerado tão ou mais útil do que o hospital psiquiátrico pelos profissionais em uma inversão total de preferência da população em geral.

A Associação dos Alcoólatras Anônimos é vista como mais eficaz pelos profissionais, mas para as escolas especiais, quando aplicáveis, não aparecem diferenças importantes entre os profissionais e a população.

Quanto aos tratamentos, os remédios controlados parecem menos eficazes aos profissionais no caso de alcoolismo, porém são vistos como recursos importantes nos demais casos.

A orientação espiritual aparece como um tipo válido de ajuda para os profissionais nos casos de esquizofrenia e distúrbios comportamentais; estes acreditam também no valor da desintoxicação como tratamento para o alcoolismo.

O valor dos remédios não-controlados é maior para os profissionais do que para a população, o que parece desmentir a sua preferência marcada pelo psicólogo, preferência que pode ser resultado de variáveis situacionais.

Quadro 5

Comparação da percepção do tipo de ajuda considerado como mais adequado pela população e profissionais

Tipo	Alcoolismo		Esquizofrenia		Depressão		Debilidade mental		Dist. comport.	
	Pop.	Prof.	Pop.	Prof.	Pop.	Prof.	Pop.	Prof.	Pop.	Prof.
Pessoas (*N*=)	682	105	682	86	682	77	682	80	682	88
Psiquiatra	23,90	23,80	29,76	24,41	25,95	24,67	28,44	30,00	13,19	21,59
Psicólogo orientador	15,68	33,33	19,97	41,18	18,46	38,96	16,85	38,75	20,52	44,31
Família	23,16	14,28	25,95	16,27	24,48	18,18	25,80	18,75	38,26	20,45
Enfermeira/Assistente social	2,49	20,00	0,87	12,79	0,58	10,38	1,17	7,50	0,87	11,36
Médico	9,38	8,57	12,75	4,65	13,48	7,79	17,74	5,00	6,30	2,27
Instituições (*N*=)	682	52	682	40	682	36	682	35	682	36
Ambulatório	7,91	–	23,90	55,00	18,91	50,00	19,35	52,78	11,14	50,00
Hospital psiquiátrico	29,61	11,53	23,04	10,00	33,57	22,22	22,87	5,56	12,46	13,89
Hosp. geral	1,90	42,31	4,98	20,00	3,95	22,22	7,47	13,89	1,02	13,89
Escola especial	6,30	3,85	13,19	15,00	8,35	5,56	25,21	27,77	23,75	22,22
Alcoólatras anônimos	22,43	42,31	0,29	–	0,29	–	0,58	–	0,87	–
Tratamento (*N*=)	682	64	682	54	682	48	682	52	682	48
Acompanhamento psicológico	28,73	46,87	34,89	53,71	35,19	50,00	28,00	50,00	45,89	56,25
Remédio controlado	21,84	15,63	11,43	24,07	25,65	35,42	38,70	32,69	10,85	20,83
Orientador espiritual	7,62	6,25	4,83	12,96	5,86	8,33	3,37	7,69	6,45	12,50
Desintoxicação	7,03	31,25	0,29	–	0,14	–	–	–	–	–
Remédio não-controlado	1,75	–	1,46	9,25	3,37	6,25	3,22	9,62	1,02	10,41

5. Outra comparação ainda pode ser feita em relação ao tipo de pessoa que melhor pode ajudar o indivíduo descrito e as instituições consideradas como mais adequadas.

Procura-se focalizar as diferenças de percepção entre os líderes americanos (418) e os profissionais brasileiros (35).

Os sujeitos poderiam fazer várias escolhas (N = número de escolhas).

Quadro 6

Percepção das pessoas e instituições que podem ajudar os indivíduos descritos

Tipo	Alcoolismo		Esquizofrenia		Depressão		Dist. comport.	
	C.N. (N=335)	J.P. (N=159)	C.N. (N=331)	J.P. (N=126)	C.N. (N=276)	J.P. (N=114)	C.N. (N=284)	J.P. (N=124)
Psiquiatra	10,7	15,72	28,7	16,66	28,3	16,66	21,1	15,32
Médico	11,6	5,66	26,0	3,17	27,9	5,26	10,9	1,61
Padre	7,3	1,25	6,6	–	14,1	–	6,0	–
Família	0,6	9,43	2,4	11,11	0,7	12,28	8,1	14,51
Psicólogo/orient.	2,4	22,01	3,9	28,57	4,7	26,31	23,2	31,45
Enf./ass. social	2,6	13,20	4,2	8,73	4,7	7,01	2,9	8,06
Ambulatório	–	–	–	17,46	–	15,78	–	14,51
H. Psiq./h. geral	37,9	17,61	28,1	9,52	19,6	14,03	17,6	8,03
Alcoól. anônimos	26,9	13,83	–	–	–	0,87	–	–
Esc. especiais	–	1,25	–	4,76	–	1,75	10,2	6,45

A confiança no psiquiatra como pessoa indicada para ajudar o doente é sensivelmente maior entre os líderes americanos, apesar de no caso do alcoolismo a percentagem de indicação do psiquiatra como fonte de ajuda ser maior entre os profissionais brasileiros.

No caso do médico, esta diferença atinge também os casos de alcoolismo, e sua eficácia parece ser ainda mais contestada pelos brasileiros.

O ministro protestante e/ou padre parecem ser considerados pelos americanos como um recurso viável, embora não dos mais importantes; no grupo brasileiro sua utilização é mínima e reduzida apenas ao caso de alcoolismo.

Em contraste, a família é vista no Brasil como um recurso bastante importante, superando o médico e vindo logo após o psiquiatra. Nos EUA seu papel parece ser visto como reduzido, sendo apenas destacado nos casos de distúrbios comportamentais.

Quanto ao psicólogo e/ou orientador, os resultados altos podem ser explicados como influenciados pelas entrevistadoras, alunas de residência de enfermagem que aplicaram o questionário como parte dos requisitos de um curso de psicologia. Dada a grande probabilidade de respostas de "adequação social", este resultado não pode ser considerado para uma comparação.

O mesmo se pode dizer da preferência pelas enfermeiras psiquiátricas e/ou assistentes sociais (mesma categoria) apresentada pelo grupo brasileiro.

Quanto às instituições, a opção da escolha do ambulatório existente no trabalho americano prejudica a comparação, pois esta alternativa é preferida pelo grupo brasileiro, exceto no caso do alcoolismo; deve-se notar também a maior confiança dos americanos na Associação dos Alcoólatras Anônimos, e a dos brasileiros nas escolas especiais.

Summary

Five american studies made between 1955-70 using samples from the general population and community leaders are compared with two studies done in 1977-78 in João Pessoa with similar samples (population and health professionals) and using the same instrument.

The questionaire describes, in behavioral terms, persons with symptoms of schizophrenia, alchoolism, neurosis, behavioral disturbances and mental retardation and askes the subjects if the persons have mental ilness, its seriousness, if it could be cured, and how better they could be helped by persons, institutions and treatments.

Significant differences were found, for the Brazilian sample, between the general population and the professionals for alchoolism and behavioral disturbances, and between the American leaders and Brazilian professionals for the behavioral disturbances.

The American prefered the help of psychiatrists and ministers, and the Brazilian professionals considered the family as an important element in the helping process.

Referências bibliográficas

Bentz, K. et alii. Perceptions of mental illness among people in rural area. *Mental Hygiene,* 42 (4): 400-6, 1969.

_____ & _____. Perceptions of mental illness among leaders in two rural N.C. Comunities. *N.C.J. of M.H., 4* (3): 19-25, 1970.

_____ & _____. Rural leaders perceptions of mental illness. *Hosp. Comm. Psychiatry.*, p. 143-5, 1971.

Cumming, J. & Cumming, E. *Closed ranks: an experiment in mental health education.* Cambridge, Massachusetts, Harward, University Press, 1957.

Joint Commission on Mental Illness and Health. *Action for mental health.* New York, Basic Books, 1961.

Lemkau, P. & Crocetti, G.M. An urban population's opinion and knowledge about mental illness. *Am. J. Psychiat., 118*: 692-700, 1962.

Meyer, R. K. Attitudes toward mental illness in a Maryland community. *Public. Health Rep., 79*: 769-72, 1964.

Star, S.A. *The Public's ideas about mental illness.* Paper presented at the N.I.M.H. annual meeting. Indianapolis, Indiana, Nov. 1955.

_____. *Psychiatry, the Press and the Public.* The National Opinion Research Center Study. American Psychiatric Association, Washington, 1956.