

Indicadores do sofrimento psíquico na zona urbana do município de Cascavel, estado do Paraná

Jacó Fernando Schneider^{1*}, Nelsi Salete Tonini¹, Maristela Salete Maraschin¹, Solânia Durman¹, Terezinha Alves Dias¹ e Marisa Inês Tomazzoni²

¹Colegiado do Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Rua Souza Naves, 2669, 85802-080, Cascavel, Paraná, Brasil. ²Colegiado do Curso de Farmácia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Rua Souza Naves, 2669, 85802-080, Cascavel, Paraná, Brasil. Autor para correspondência.

RESUMO. Esta pesquisa é um estudo de campo, epidemiológico, junto à comunidade urbana do município de Cascavel, estado do Paraná, com o objetivo de conhecer os indicadores do sofrimento psíquico em indivíduos residentes neste município. Os dados foram trabalhados segundo elementos de metodologia para pesquisa epidemiológica e analisados tendo em vista o número de casos de sofrimento psíquico existentes. Este estudo poderá fornecer elementos aos pesquisadores que investigam sobre o sofrimento psíquico e as equipes de saúde, pois cabe a esses integrantes terem subsídios para a melhoria da qualidade da assistência em saúde mental. Almejamos, através dessa investigação, favorecer a compreensão sobre o perfil epidemiológico do sofrimento psíquico no referido município, bem como propiciar elementos para a construção e/ou consolidação de possíveis serviços alternativos em saúde mental. Este estudo pretende, ainda estender-se a todos os profissionais de saúde, mais particularmente aqueles que têm interesse pelas questões relacionadas à epidemiologia e ao sofrimento psíquico.

Palavras-chave: sofrimento psíquico, indicadores, saúde mental.

ABSTRACT. *Study of the psychic suffering prevalence in the urban area in Cascavel City - Paraná state, Brazil.* This study has been developed in urban community of Cascavel City, southwest of Paraná state, Brazil, aiming to recognize the psychic suffering prevalence indicators in individuals living in this county. The data were studied following the elements of epidemiological research methodology and analyzed according to the number of existent psychic suffering cases. This study may offer components to researchers who investigate about the psychic suffering and to the health teams, because they must have these subsidies to improve the mental health assistance quality. We aim, through this investigation, to further the comprehension of psychic suffering epidemiological profile in this city and to provide elements for beginning or consolidation of future alternative services for mental health. This study should be extended to all health professionals, particularly to those who are interested in cases related to epidemiology and to psychic suffering.

Key words: psychic suffering; indicators; mental health.

Introdução

Frente às mudanças que vêm ocorrendo em saúde mental no atendimento ao indivíduo em sofrimento psíquico, é importante sinalizar possibilidades de intervenção junto a essa clientela. Intervenção que será enriquecida por meio de um entendimento do perfil epidemiológico da situação mental da população em questão.

Para tanto, o interesse em desenvolver esta pesquisa deu-se pelo fato de os autores atuarem na área da enfermagem psiquiátrica e de saúde mental e da epidemiologia e, também, pela necessidade de

conhecer os indicadores do sofrimento psíquico no município de Cascavel, no estado do Paraná. Frente a isso, esta pesquisa trata da caracterização demográfica e social de uma determinada população da área urbana no referido município, tendo como propósito embasar uma pesquisa Epidemiológica a qual propõe o conhecimento de indicadores do sofrimento psíquico no referido município.

Segundo Jackson e Sampaio (1993), sofrimento psíquico é um

“conjunto de mal-estares e dificuldades de conviver com a multiplicidade contraditória de significados, oriundo do

antagonismo subjetividade/objetividade. Caracteriza-se por dificuldade de operar planos e por definir o sentido da vida, aliado ao sentimento de impotência e de vazio, o eu experimentado como coisa alheia” (Jackson e Sampaio, 1993: 407).

“Toda psiquiatria é social, porque é produção de seres humanos, históricos, frutos de determinada organização social, representantes conscientes ou inconscientes dos interesses e valores do lugar que ocupa” (Jackson e Sampaio, 1993: 403).

Assim, o objetivo deste estudo foi o de conhecer os indicadores do sofrimento psíquico em indivíduos residentes na área urbana do município de Cascavel, no estado do Paraná.

Material e métodos

Esta pesquisa utiliza-se de um estudo de campo, epidemiológico, junto à comunidade urbana do município de Cascavel, estado do Paraná, onde os dados foram trabalhados segundo elementos de metodologia para pesquisa epidemiológica e analisados tendo em vista o número de casos de sofrimento psíquico existentes, por meio da técnica de amostragem aleatória por sorteio de bairros nos quais existia unidade básica de saúde.

A abordagem utilizada neste estudo foi a da epidemiologia descritiva da população estudada, que, segundo Rouquayrol e Almeida Filho (1999), trata-se do

“estudo da distribuição de freqüência das doenças e dos agravos à saúde coletiva, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço - ambientais e populacionais - e à pessoa, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas à promoção da saúde” (Rouquayrol e Almeida Filho, 1999: 77).

Para tanto, a população estudada foi composta de 229 indivíduos na faixa etária de 20 a 59 anos, residentes na zona urbana do município de Cascavel, onde todos os indivíduos das residências sorteadas nessa faixa etária foram entrevistados.

O total de 229 indivíduos deu-se por meio de sorteio do total das residências que compunham os bairros, sendo estes também sorteados para o estudo.

O critério para a inclusão dessa população deu-se por ser a faixa etária com maior concentração populacional e idade produtiva dos participantes.

A coleta de dados ocorreu no mês de agosto de 2001, sendo realizada pelos próprios pesquisadores, aos sábados, no período da manhã, devido à possibilidade de encontrar os participantes no seu domicílio. Quando não encontrados retornava-se em outro momento, de forma que, todas as residências sorteadas participaram do estudo.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário adaptado e implementado por Santos (1994), contendo dados demográficos e sociais e referentes ao sofrimento psíquico que indicam a situação mental dos indivíduos entrevistados, no qual cada indivíduo respondeu afirmativamente ou negativamente a uma questão.

Para a coleta de dados foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução N° 196/96 - MS, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

Após o teste piloto do instrumento de coleta de dados, realizamos as adequações necessárias para que ele fosse ao encontro do objetivo da pesquisa.

Antes da coleta propriamente dita, foi realizado o mapeamento de todos os bairros do município de Cascavel, sendo definidos por meio de sorteio quatro bairros: Bairro Morumbi; Bairro Periollo; Bairro Parque São Paulo e Bairro Claudete, que perfazem, em média, 20% da população total da faixa etária de 20 a 59 anos da população urbana do município em estudo, conforme dados do IBGE (1996).

Em seguida, foi definida a amostragem - por meio de sorteio - das quadras de cada bairro a serem pesquisadas. Assim, as quadras foram agrupadas, donde foram sorteadas as casas a serem visitadas, levando-se em conta a população total do bairro - 20% do total da população residente.

Para a organização e a análise dos dados, foi utilizado o programa Epi Info (1994), possibilitando o acesso a um banco de dados dos elementos pesquisados.

Resultados e discussão

Em relação aos dados de identificação dos 229 indivíduos participantes deste estudo, no item grau de escolaridade 36,2% do total dos sujeitos estudados tinham de 4 a 7 anos de escolaridade, de acordo com a Tabela 1. Destaca-se, no entanto, que: 4,4% dos indivíduos não tinham nenhuma escolaridade; 19,7% com 1 a 3 anos de escolaridade; 31,9 com 8 a 11 anos de escolaridade e 7,9% com 12 e mais anos de escolaridade.

Sobre a escolaridade e o sofrimento psíquico, ressalta-se o que nos aponta Stuart e Laraia (2001: 156), segundo os quais o grau de instrução exerce influência sobre a capacidade de uma pessoa de interagir com outros de um modo eficaz, e que os indivíduos com maior nível de escolaridade usam os serviços de saúde mental com maior freqüência, diminuindo as possibilidades de agravos ao sofrimento psíquico. As referidas autoras destacam, ainda, que “as pessoas com nível educacional inferior à

oitava série tinham escores mais altos para demência que os sujeitos com segundo grau ou mais... o grau de instrução é mais importante que a renda na determinação do uso de serviços de saúde mental”.

Tabela 1. Grau de escolaridade do total dos participantes envolvidos no estudo realizado no município de Cascavel, no ano de 2001.

Escolaridade	FREQ	%
Nenhum	10	4,4
1 a 3 anos	45	19,7
4 a 7 anos	83	36,2
8 a 11 anos	73	31,9
12 e mais anos	18	7,9

Fonte: Pesquisa *in loco* pela equipe de pesquisadores da Unioeste.

No que se refere à faixa etária dos 229 indivíduos estudados, percebe-se que, segundo a Tabela 2, a faixa etária entre 30 e 39 anos representa 28,8% de frequência; 27,5% entre 20 e 29 anos; 20,5% entre 40 e 49 anos e 23,1% entre 50 e 59 anos de idade.

Tabela 2. Faixa etária do total dos participantes envolvidos no estudo realizado no município de Cascavel, estado do Paraná, no ano de 2001.

Faixa etária	FREQ	%
20 a 29 anos	63	27,5
30 a 39 anos	66	28,8
49 a 49 anos	47	20,5
50 a 59 anos	53	23,1

Fonte: Pesquisa *in loco* pela equipe de pesquisadores da Unioeste.

O sofrimento mental apresenta uma tendência a aumentar à medida que a idade avança, estando a maioria da população estudada neste período da vida. No entanto, Kolb (1976: 123) destaca que, “a idade na qual uma pessoa desenvolve um distúrbio mental representa um índice de sua tolerância à frustração ou ao conflito”.

Para Stuart e Laraia (2001: 154) “a frequência da busca de tratamento para doenças mentais diminui com a idade, havendo relatos de que e o comportamento de busca de ajuda culmina entre os 25 e os 44 anos de idade e depois declina”.

Quanto ao estado civil dos participantes da pesquisa, encontramos 69,0% dos indivíduos casados; 16,2% solteiros; 6,6% em união consensual; 4,8% separados judicialmente; 3,1% viúvos e 0,4% em situação civil ignorada, conforme nos mostra a Tabela 3.

Frente a esse quadro, observa-se um aspecto positivo na população estudada: a maioria é casada, tendo em vista que “as estatísticas mostram que os distúrbios mentais são mais comuns entre solteiros do que entre os casados” (Kolb, 1976: 126), levando-se a ponderar que o casamento poderá proporcionar, além da satisfação sexual, segurança, cuja ausência

ou perda seria perturbadora para o mental do indivíduo.

Tabela 3. Estado civil do total dos participantes envolvidos no estudo realizado no município de Cascavel, estado do Paraná, no ano de 2001.

Estado civil	FREQ	%
Casado	158	69,0
Solteiro	37	16,2
União consensual	15	6,6
Separação judicial	11	4,8
Viúvo	07	3,1
Ignorado	01	0,4

Fonte: Pesquisa *in loco* pela equipe de pesquisadores da Unioeste.

Em relação à cor dos indivíduos estudados, encontramos 85,2% branca; 8,3% parda; 6,1% preta e 0,4% amarela, se classificaram os participantes no momento da coleta dos dados, conforme nos mostra a Tabela 4. **Tabela 4.** Cor do total dos participantes envolvidos no estudo realizado no município de Cascavel, estado do Paraná, no ano de 2001.

Cor	FREQ	%
Branca	195	85,2
Parda	19	8,3
Preta	14	6,1
Amarela	01	0,4

Fonte: Pesquisa *in loco* pela equipe de pesquisadores da Unioeste.

Em relação à naturalidade dos participantes do estudo, a Tabela 5 mostra que 87,8% do total dos participantes do estudo são naturais da região Sul do país; 7,4% são naturais da região Sudeste; 4,4% da região nordeste e 0,4% dos participantes são naturais da região Centro-Oeste do Brasil.

Tabela 5. Naturalidade do total dos participantes envolvidos no estudo realizado no município de Cascavel, no ano de 2001.

Região/UF	FREQ	%
Sul	201	87,8
Sudeste	17	7,4
Nordeste	10	4,4
Centro oeste	01	0,4

Fonte: Pesquisa *in loco* pela equipe de pesquisadores da Unioeste.

Encontra-se, segundo a Tabela 6, do total dos indivíduos pesquisados, 74,2% do sexo feminino e 25,8% do sexo masculino.

Tabela 6. Sexo do total dos participantes envolvidos no estudo realizado no município de Cascavel, estado do Paraná, no ano de 2001.

Sexo	FREQ	%
Masculino	59	25,8
Feminino	170	74,2

Fonte: Pesquisa *in loco* pela equipe de pesquisadores da Unioeste.

Ao analisar esse item, Stuart e Laraia (2001: 155-6) afirmam que “aparentemente existem padrões distintos de risco para homens e mulheres.

Entretanto, quando são incluídos todos os transtornos psiquiátricos, a prevalência de doenças mentais entre homens e mulheres é basicamente a mesma”.

Em relação à renda familiar, destacam-se na Tabela 7, 47,6% de indivíduos com renda mensal familiar de 1 a 3 salários mínimos; 23,6% de 3 a 5 salários mínimos; 17,9% de 5 e mais salários mínimos e 10,9% com até 1 salário mínimo de renda mensal.

Os efeitos negativos da pobreza sobre a saúde mental são sérios, independentemente de idade, etnia ou gênero, como comprovam muitos levantamentos comunitários que descrevem uma relação entre baixa situação socioeconômica e nível aumentado de sintomas psiquiátricos [...] Alguns pesquisadores acreditam que a diferença no risco para transtornos psiquiátricos entre os grupos deve-se principalmente à estratificação social à pobreza, com os da base da pirâmide enfrentando mais problemas diários que os do topo (Stuart e Laraia, 2001: 157).

Tabela 7. Renda Familiar do total dos participantes envolvidos no estudo realizado no município de Cascavel, estado do Paraná, no ano de 2001.

Renda familiar	FREQ	%
Até 1 salário mínimo	25	10,9
De 1 a 3 salários mínimos	109	47,6
De 3 a 5 salários mínimos	54	23,6
De 5 ou mais salários mínimos	41	17,9

Fonte: Pesquisa *in loco* pela equipe de pesquisadores da Unioeste.

Na Tabela 8, quanto à ocupação habitual, dos 229 indivíduos participantes do estudo, encontramos um índice maior na ocupação de dona de casa, com 27%, seguida do item outras ocupações com 25,8%; de empregada doméstica com 12,7% e das demais ocupações variando entre 7,9% a 3,9%.

Tabela 8. Ocupação Habitual do total dos participantes envolvidos no estudo realizado no município de Cascavel, estado do Paraná, no ano de 2001.

Ocupação	FREQ	%
Dona de casa	62	27,0
Empregada doméstica	29	12,7
Técnico s/ especificação	18	7,9
Vendedor	17	7,4
Costureira	13	5,7
Serviços gerais	13	5,7
Aposentado	09	3,9
Autônomo	09	3,9
Outras profissões	59	25,8

Fonte: Pesquisa *in loco* pela equipe de pesquisadores da Unioeste.

Quanto ao uso de serviços hospitalares, a maioria dos pesquisados relatou utilizar o hospital público com 57,6% dos casos; 20,5% utiliza hospital privado/conveniado; 8,7% utiliza o hospital privado, sendo que 13,1 dos entrevistados nunca utilizou serviços hospitalares (Tabela 9).

Tabela 9. Uso de Serviços Hospitalares do total dos participantes envolvidos no estudo realizado no município de Cascavel, estado do Paraná, no ano de 2001.

Serviços hospitalares	FREQ	%
Hospital público	132	57,6
Hospital privado/conveniado	47	20,5
Nunca utilizou	30	13,1
Hospital privado	20	8,7

Fonte: Pesquisa *in loco* pela equipe de pesquisadores da Unioeste.

Conforme Tabela 10, ao utilizarem serviços ambulatoriais de saúde, 73,8% dos entrevistados relataram utilizarem unidades básicas de saúde quando necessitam de serviço de saúde; 23,6% utilizam consultório particular/convênio; 0,9% utilizam ambulatório especializado e 1,7% utilizam pastoral da saúde.

Tabela 10. Uso de serviços ambulatoriais do total dos participantes envolvidos no estudo realizado no município de Cascavel, estado do Paraná, no ano de 2001.

Serviços ambulatoriais	FREQ	%
Unidade básica de saúde	168	73,8
Consult. particular/convênio	54	23,6
Pastoral da saúde	04	1,7
Ambulatório especializado	02	0,9

Fonte: Pesquisa *in loco* pela equipe de pesquisadores da Unioeste.

O estudo apontou dados significativos de qualidade de vida que podem influenciar na saúde mental dos indivíduos em estudo, quais sejam: escolaridade, em que 19,7% dos indivíduos participantes têm até 3 anos de escolaridade e 4,4%, não são alfabetizados e a renda familiar, 58,5% dos indivíduos apresenta renda de até 3 salários mínimos.

Para Stuart e Laraia (2001), o sistema de suporte social pode ser útil para fortalecer a importância dos recursos dos indivíduos e das famílias e trazer ao debate a saúde mental ao invés de doença mental.

Assim, por meio dessa caracterização demográfica e social da população pesquisada, pudemos perceber algumas características desses indivíduos. No entanto, além desses dados de identificação fez-se necessário investigar aspectos específicos da saúde mental da população estudada.

Ao se analisar dados específicos sobre sofrimento psíquico, encontramos, segundo a Tabela 11, 40,6% dos indivíduos estudados com mau humor ou sentindo-se sempre intranquilos.

Tabela 11. Elementos psíquicos do total dos participantes envolvidos no estudo realizado no município de Cascavel, estado do Paraná, no ano de 2001.

Questões	FREQ	%
Falta de apetite	31	13,5
Excesso de apetite	52	22,7
Dorme menos e acorda cansado	99	43,2
Dorme mais e sente sonolência	50	21,8
Mau humor ou sempre intranquilo	93	40,6
Fica agressivo com facilidade	76	33,2
Tristeza com indisposição a maior parte do dia	72	31,4
Fica eufórico sem motivo aparente	28	12,2
Dificuldade em se concentrar, de lembrar coisas	113	49,3
Consome bebida alcoólica	36	15,7

Fonte: Pesquisa *in loco* pela equipe de pesquisadores da Unioeste.

Para Kaplan *et al.* (1997: 493):

O humor pode ser normal, elevado ou deprimido. As pessoas normais experimentam uma ampla faixa de humores e têm um repertório igualmente variado de expressões afetivas; elas sentem-se no controle, mais ou menos, de seus humores e afetos. Os transtornos do humor constituem um grupo de condições clínicas caracterizadas pela perda deste senso de controle e uma experiência subjetiva de grande sofrimento.

Dos entrevistados, 49,3% relatam terem dificuldade de se concentrar e de lembrar coisas, que para Kaplan *et al.* (1997: 289) referem-se às perturbações da atenção, que podem ser entendidas como a quantidade de esforço exercido para focalizar certas porções de uma experiência, ou seja, a falta de capacidade em manter o foco em uma dada atividade. Nesse contexto, os autores dividem essas perturbações da atenção em:

Distratibilidade: incapacidade para concentrar a atenção, que é desviada para estímulos sem importância ou irrelevantes. Desatenção seletiva: bloqueio somente daquelas coisas que geram ansiedade. Hipervigilância: atenção excessiva e foco sobre todos os estímulos internos e externos, secundária ao posicionamento paranóide. Transe: atenção focalizada e consciência alterada, geralmente visto na hipnose, transtornos dissociativos e experiências de êxtase religioso.

Dos 229 indivíduos que participaram do estudo, 43,2% relataram dormir menos e acordar cansados; 21,8% relataram dormir mais e sentir sonolência; 13,5% relataram falta de apetite e 22,5% excesso de apetite.

Essas alterações, para Kaplan *et al.* (1997), dizem respeito a perturbações fisiológicas associadas com o humor, que são sinais que apontam para uma disfunção somática do indivíduo, podendo estar associadas à depressão.

33,2% dos indivíduos que participaram da pesquisa afirmaram ficar agressivos com facilidade, que para Kaplan *et al.* (1997: 293) refere-se a um comportamento motor, relacionado à psiquê, que inclui impulsos, motivações, desejos, vontades, instintos e anseios, manifestos por meio do

comportamento ou atividade motora do indivíduo. É uma “ação intensa dirigida a um objetivo, podendo ser verbal ou física; a contraparte do afeto de cólera, raiva ou hostilidade”.

A tristeza com indisposição à maior parte do dia apresenta-se em 31,4% dos entrevistados e a euforia sem motivo aparente em 12,2% dos indivíduos, enquanto uma emoção difusa e prolongada, subjetivamente experimentada e relatada (Kaplan *et al.*, 1997).

Do total dos 229 participantes do estudo, 15,7% relataram que consomem bebida alcoólica. Em contraste com esses dados, segundo Stuart e Laraia (2001: 521-2) “em 1992 aproximadamente 83% das pessoas nos Estados Unidos, com idade acima de 12 anos, haviam usado álcool em algum momento de suas vidas. Cerca de 10 milhões de pessoas (5%) relataram um uso pesado de álcool no mês anterior à pesquisa”.

No entanto, conforme Tabela 12, ao serem questionados se tomam um trago de bebida alcoólica pela manhã, 1,7% responderam afirmativamente; 1,3% relataram que embriagaram-se pelo menos uma vez por semana. Ao serem questionados se faltaram ao trabalho devido à bebida alcoólica, nenhum dos participantes relatou ter faltado ao trabalho por esse motivo.

Tabela 12. Elementos psíquicos do total dos participantes envolvidos no estudo realizado no município de Cascavel, estado do Paraná, no ano de 2001.

Questões	FREQ	%
Toma um trago pela manhã	04	1,7
Embriaga-se pelo menos uma vez por semana	03	1,3
Faltou ao trabalho devido à bebida alcoólica	-	-
Pensa em dar fim à vida	29	12,7
O nervosismo perturba o trabalho	78	34,1
Palpitação ou aperto no peito	89	38,9
Preocupação com doença	113	49,3
Medo excessivo	68	29,7
Fala ou ri sozinho seguidamente	43	18,8
Acha-se perseguido	30	13,1

Fonte: Pesquisa *in loco* pela equipe de pesquisadores da Unioeste.

Na seqüência da Tabela 12, seguiu-se a seguinte análise.

No intuito de levantarmos algum indício de idéia suicida, questionamos os participantes do estudo se pensavam em dar fim à vida, ocorrendo 12,7% de respostas afirmativas. Em relação a essa temática, Stuart e Laraia (2001: 418) afirmam que:

O comportamento autodestrutivo direto inclui qualquer forma de atividade suicida, como ameaças, tentativas e gestos suicidas, bem como o suicídio consumado. A intenção desse comportamento é a morte, e a pessoa está consciente do resultado desejado. O comportamento autodestrutivo indireto é qualquer atividade prejudicial ao bem-estar físico do indivíduo que possa resultar, potencialmente, em morte.

Em relação à questão se o nervosismo perturba o trabalho, 34,1% dos participantes responderam afirmativamente, levando-nos a refletir com Kaplan et al. (1997: 747) quando os autores afirmam que:

Os indivíduos são particularmente vulneráveis ao problema ocupacional em vários pontos de suas vidas profissionais - quando do ingresso no mercado de trabalho, em períodos de promoção ou transferência, durante períodos de desemprego e quando da aposentadoria. Situações específicas - como ter muito ou muito pouco a fazer, estar sujeito a exigências conflitantes, distração com problemas familiares, ter responsabilidade sem ter autoridade e trabalhar para chefes exigentes e não colaboradores - também criam sofrimento ocupacional.

A palpitação ou o aperto no peito representa 38,9% das respostas afirmativas dos participantes do estudo e a preocupação com doença 49,3%, sendo essas emoções significativas no processo mental do indivíduo, que quando intensificadas podem gerar sofrimento.

Dos entrevistados, 29,7% relataram sentir medo excessivo, classificado por Kaplan et al. (1997) como ansiedade provocada por um perigo realístico e conscientemente reconhecido. No entanto, para os referidos autores, a maior parte das manifestações mentais têm suas raízes em um comportamento essencialmente normal e representam graus variados no espectro do comportamento, do normal ao patológico.

Dos participantes do estudo, 18,8% fala ou ri sozinho seguidamente e 13,1% acha-se perseguido.

Com relação à perseguição, Kolb (1997: 103) afirma que:

A ameaça de desejos indignos e de aspectos perturbadores e indesejáveis da personalidade é projetada como hostilidade do ambiente. Insatisfações sensitivas que o indivíduo tem em relação a si mesmo, provindas de elementos desajustados da personalidade, podem ser projetadas como insatisfação e, portanto, como hostilidade em relação aos demais.

Do total dos indivíduos entrevistados, 8,7% afirmaram que andam muito ou falam sem parar (Tabela 13), indicando, segundo Kolb (1976: 348), um aborrecimento com a rotina, na qual o indivíduo “carece de um interesse contínuo por qualquer atividade e está demasiado ocupado para submeter suas impressões ao exame crítico. Sua atenção muitas vezes se distrai facilmente, os processos de raciocínio acham-se acelerados e a corrente de pensamento tende a devanear”.

Dos indivíduos participantes do estudo, 15,3% usam remédio para dormir ou acalmar os nervos. Com relação a essa questão Kaplan et al. (1997: 809) enfatizam que a indicação de drogas nesses casos “deve ser feita por um profissional qualificado e exige observação clínica contínua. A resposta ao tratamento e o

surgimento de efeitos adversos devem ser atentamente monitorados”.

Tabela 13. Elementos psíquicos do total dos participantes envolvidos no estudo realizado no município de Cascavel, no ano de 2001.

Questões	FREQ	%
Anda muito ou fala sem parar	20	8,7
Usa remédio para dormir ou acalmar os nervos	35	15,3
Tem mania de limpeza	100	43,7
Faz tratamento para nervosismo	30	13,1
Tem perdido interesse pelas coisas	45	19,7
Tem dificuldade para tomar decisões	105	45,9
Participa de alguma atividade de lazer	78	34,1
Tem prazer no contato com outras pessoas	207	90,4
Divide seus problemas com alguém	162	70,7
Gosta do ambiente onde vive	219	95,6

Fonte: Pesquisa *in loco* pela equipe de pesquisadores da Unioeste.

Do total dos indivíduos participantes do estudo, 43,7% têm mania de limpeza, enfocando a mania enquanto um período distinto de intensa ativação psicofisiológica, na qual o humor predominante é elevado, podendo ser acompanhado de hiperatividade, envolvendo muita atividade (Stuart e Laraia, 2001).

Além disso, 13,1% dos participantes do estudo fazem tratamento para nervosismo, levando-nos a pensar que já apresentam algum tipo de transtorno mental diagnosticado (Tabela 13).

Dos 229 indivíduos estudados, 17% têm perdido interesse pelas coisas; 45,9% têm dificuldade para tomar decisões, podendo gerar, segundo Kolb (1997: 89) “uma franca expressão de uma ausência de autoconfiança e auto-segurança maduras. O indivíduo é esmagado por sentimentos de desamparo e indecisão”.

É fundamental nesse momento, ponderarmos sobre um ponto significativo no tocante à saúde mental dos participantes do estudo: 34,1% relataram que participam de alguma atividade de lazer; 90,4% têm prazer no contato com outras pessoas; 70,7% dividem seus problemas com alguém e 95,6% gostam do ambiente onde vivem, aspectos fundamentais na e para a manutenção do bem estar mental do ser humano (Tabela 13).

Assim, observa-se que os indicadores de sofrimento psíquico entre os indivíduos estudados apresentam um percentual significativo, tendo em vista que os sujeitos investigados responderam afirmativamente a várias questões referentes ao seu estado mental alterado, o que pode sugerir que eles estejam sofrendo psiquicamente.

Frente a essa afirmação, Santos (1994) enfatiza que:

“Além de aumentar o número de ‘doenças mentais’, a psiquiatria ampliou também o número de sintomas que servem de rotulação para ‘doença mental’. Falta de apetite, insônia, irritação etc., que podem fazer parte do

comportamento social de um indivíduo, são agora sintomas da doença mental” Santos (1994: 17).

Isso se dá basicamente porque

Saúde e doença mental são conceitos que emergem da noção de bem-estar coletivo. Anormal é uma virtualidade inscrita no próprio processo de constituição do normal. Assim, a doença mental precisa ser vista como realidade histórica, carente de instrumental médico, psicológico, fisiológico, sociológico e político, para ser compreendido (Jackson e Sampaio, 1993: 406).

Segundo os referidos autores, são necessárias ações de prevenção e de promoção em saúde mental, tais como: esforço para elevar os níveis gerais de saúde da população; proteção contra doenças mentais específicas e identificadas; estímulo a condutas sociais e individuais que reforcem liberdade e possibilidades expressivas; pesquisa e ação social crítica; tratamento das doenças reconhecidas e reabilitação.

Para concluir, gostaríamos de enfatizar que

“Tanto a Epidemiologia como o campo da Saúde Mental têm pela frente desafios que pertencem a uma mesma problemática: perceber a complexa diversidade dos elementos que envolvem os fenômenos de Saúde/Doença, inalcançável diante do reducionismo homogeneizador do dispositivo epidemiológico e das atuais limitações das definições do Mental” (Bastos e Castiel, 1994: 109).

Para os referidos autores, através de contribuições que aprofundem essas questões torna-se possível ampliar o nosso entendimento sobre o adoecer humano, mais especificamente sobre o sofrimento mental, para podermos propor modos mais abrangentes e satisfatórios de intervenção, visando à promoção e à prevenção em saúde mental.

No entanto, para Jackson e Sampaio (1993: 409):

“a questão de prevenção em saúde mental nos leva a graves indagações sócio-ético-políticas, pois o conjunto das ações

preventivas e curativas, nesta área, configura instância de regulação social [...] Evitar um determinado conceito de normalidade mental, posto a serviço da exploração, objetalizando relações e pessoas, reduzindo toda diversidade a um totalitarismo, deve ser a maior preocupação de quem trabalha em pesquisa sócio-psiquiátrica e em programas de prevenção em saúde mental” (Jackson e Sampaio, 1993: 409).

Referências

- BASTOS, F. I. P.; CASTIEL, L. D. Epidemiologia e saúde mental no campo científico contemporâneo: labirintos que se entrecruzam? In: AMARANTE, P. et al. (Ed.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 97-111.
- EPI INFO. Um sistema de processamento de texto, banco de dados e estatística para epidemiologia em microcomputadores. São Paulo: Centro de Estudos Augusto Leopoldo Galvão, 1994.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico/Estimativa populacional. Brasil: IBGE, 1996.
- JACKSON, J.; SAMPAIO, C. Saúde mental. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Ed.) *Epidemiologia & Saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p. 403-420.
- KAPLAN, H. I. et al. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- KOLB, L. C. *Psiquiatria clínica*. 8.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1976.
- ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de *Epidemiologia & Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
- SANTOS, N. G. *Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental*. Florianópolis: Letras Contemporânea, 1994.
- STUART, G. W.; LARAIA, M. T. *Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática*. 6. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2001.

Received on March 06, 2003.

Accepted on June 27, 2003.