

BEM-ESTAR PSICOLÓGICO *VERSUS* DISTRESS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE SAÚDE MENTAL

PSYCHOLOGICAL WELL-BEING VERSUS DISTRESS: AN EXPLORATORY STUDY ON MENTAL HEALTH

Diocleide Silva¹
Ana Janete de Oliveira Paz²
Bruna Soliva²
Francielle Comiran²
Graziela Picini²
Laerte Bach de Souza²
Marciane Sotoriva²
Renata Savaris²
Sarah Adaias de Souza Marçal²

SILVA, D.; PAZ, A. J. O.; SOLIVA, B.; COMIRAN, F.; PICINI, G.; SOUZA, L. B.; SOTORIVA, M.; SAVARIS, R.; MARÇAL, S. A. S. Bem-estar psicológico versus distress: um estudo exploratório sobre saúde mental. *Akrópolis*, Umuarama, v. 17, n. 2, p. 59-68, abr./maio 2009.

RESUMO: O mundo contemporâneo e suas demandas sociais e econômicas têm exigido cada vez mais do sujeito o enfrentamento de novos desafios em ritmos cada vez mais velozes. Tais exigências afetam de forma direta a saúde mental. Tomando por base a idéia de que a saúde mental é muito mais que a ausência de doença, mas que também envolve o bem-estar psicológico, o qual presume a ausência de estados de ansiedade e depressão. Neste sentido, o objetivo geral deste estudo consistiu em investigar o nível de saúde mental dos moradores da cidade de Cascavel/PR, tendo por objetivos específicos analisar de que forma os fatores sócio-demográficos contribuem para explicação do bem-estar psicológico/distress; conhecer os níveis de bem-estar/distress entre homens e mulheres e comparar os índices de bem-estar/distress em diferentes faixas-etárias. Participaram deste estudo 440 pessoas, de ambos os sexos (52,7% fem. – 47,3% masc.) com idade entre 18 e 60 anos (Média 31 anos) dos diferentes níveis sócio-econômicos. O instrumento que mediou a coleta de dados foi um questionário de saúde geral (QSG-12), contendo 12 questões com pontuações de 1 a 4, sendo que, quanto mais próximo de 4, maior o nível de comprometimento da saúde. Os resultados mostram que a média de saúde geral da amostra pesquisada é de 1,9 o que denota um índice aceitável de saúde geral da população pesquisada, já que este se encontra muito mais próximo a 1 do que a 4. O conjunto dos dados nos leva a inferir que o nível satisfatório de saúde reside no elevado sentimento de autoeficácia apresentado pelos pesquisados, em detrimento dos sintomas de ansiedade e depressão, o que contribuiu de forma significativa para o bem-estar e reduziu os efeitos do distress.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Bem estar; *Distress*.

ABSTRACT: Contemporary world and its social and economic actions have increasingly required people to face new challenges in a fast pace. Mental health is directly affected by these requirements. Based on the idea that mental health is much more than the absence of the disease; it is also seen as psychological well-being, which states the absence of anxiety and depression. According to this, the general aim of this study was to investigate the level of mental health for the inhabitants of Cascavel-PR, with specific aims of analyzing in which ways the socio-demographic factors contribute to the explanation of psychological well-being/distress; to be familiar with the levels of well-being/distress among men and women as well as to compare the levels of well-being/distress in different age groups. Four hundred and forty people (52.7% women – 47.3% men), aged 18–60 (mean of 31 years), from different socio-economic status, took part

¹Psicóloga, Mestre em Psicologia Social, Professora do Departamento de Psicologia UNIPAR/Cascavel

²Acadêmicos do Curso de Psicologia UNIPAR/Cascavel, Participantes do Programa de Iniciação Científica

in this study. A general health questionnaire (GHQ-12), with 12 questions scored from 1 to 4, the closer to 4 the higher the level of health impairment, was used to assess data collection. Results showed that the general health mean of the researched sample is 1.9, what is an acceptable level of general health for the researched population as it is closer to 1 than 4. All data led us to conclude that the satisfactory level of health is the high feeling of self-efficiency presented by the researched individuals in relation to anxiety and depression symptoms, what significantly contributed for their well-being and reduced the effects of distress.

KEYWORDS: Mental health; Well-being; *Distress*.

INTRODUÇÃO

Falar em saúde requer algumas reflexões. Reflexões estas que perpassam por desconstruções de uma percepção comum, isto é, da saúde como a ausência de doença. Significa dizer que um sujeito não doente não necessariamente é um sujeito saudável, isto porque, por vezes, encontra-se em condições de não cidadania, vulnerabilidade social, pobreza e demais formas nefastas de exclusão. Assim, o critério saúde mental como bem-estar físico e emocional se caracteriza por um equilíbrio entre os afetos, em que os afetos positivos predominam sobre os aspectos negativos.

Por assim ser, discutir os processos de saúde implica transitar por áreas que vão desde a responsabilização do estado ao direito do cidadão, sem deixar de pensar no compromisso ético-político das ciências comprometidas com o homem.

Com o surgimento da Psicologia, as preocupações sobre a compreensão do mundo psíquico do indivíduo e suas motivações comportamentais aconteceram após esta sair dos laboratórios experimentais, e estender-se ao âmbito das intervenções e do adoecimento psíquico. Assim, a causalidade e suas conseqüências do adoecer e dos processos de saúde/doença ocuparam lugar central no interesse da ciência psicológica.

Historicamente, as concepções sobre o adoecimento psíquico estiveram vinculadas aos mitos e à religião. Desta forma, considerava-se que algo de sobrenatural acontecia ao sujeito que fugia dos padrões de normalidade vigentes e manifestava comportamentos tidos como desviantes. Neste sentido, de acordo com Morris e Maisto (2004), há milhares de anos comportamentos misteriosos vinculados à loucura eram vistos como sinal de que os espíritos tinham possuído uma pessoa, sendo que, por vezes esta era tida como mensageira dos deuses, por outra como possuídos pelo mal, o que sinalizava perigo e ameaça à comunidade.

Desta forma, nas últimas décadas tem-se presenciado inúmeras transformações na estrutura

sócio-histórico-econômica mundial e, como consequência, as pessoas estão expostas a uma freqüente situação de instabilidade que gera conflitos, ansiedade, angústia e desestabilização emocional.

É neste cenário que cada vez mais é exigida do indivíduo uma adequação no desempenho de papéis, de forma que a variedade de compromissos do mundo moderno – mediada principalmente pelas relações produtivas – não o leve à sobrecarga e ao adoecimento. O aumento e a diversificação de papéis, divergências de situações, questões familiares e afetivas, bem como as questões de empregabilidade e desemprego, requerem cada vez mais ajustes que demandam energia, tanto físicas quanto psíquicas. Assim, é travada uma luta diária que perpassa pelas questões de sobrevivência e vai até os fatores relacionados à qualidade de vida e bem-estar.

O equilíbrio tão desejado e ao mesmo tempo tão distante é visivelmente percebido pelas crescentes queixas cotidianas de sobrecarga, ansiedade patológica, sentimentos de impotência e depressão. O alto nível de medicalização, somatizações e afastamento das atividades produtivas também nos parecem denunciar que as relações entre o sujeito e as demandas do meio social estão cada vez mais conflituosas. O desenvolvimento de uma rede de apoio social surge então como indispensável para o enfrentamento e minimização destes danos, ou seja, na medida em que as relações afetivas primárias são desenvolvidas com qualidade, os mecanismos sociais de formação e capacitação profissional se ampliam, a rede de suporte social e familiar é eficiente e a economia estável, os sentimentos de autoeficácia são aumentados e atuam como um redutor dos sentimentos de ansiedade e depressão, gerando, assim, a sensação de bem estar e saúde.

Aqui reside um dos maiores desafios da psicologia na atualidade, compreender e buscar intervir no âmbito social maior – ocupar os espaços públicos – de forma a promover a saúde. Diante desta realidade, o primeiro compromisso é a ampliação da compreensão teórica em relação à saúde, o que exige ultrapassar seu significado em termos de normalidade, equilíbrio e falta de sintomas (REY, 1997). Isto supõe a ampliação da compreensão do termo saúde, cabendo assim uma integralidade e não dicotomização entre mente e corpo. Neste sentido é pertinente considerar que a saúde mental, a saúde física e a social são fios da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. À medida que cresce a compreensão desse relacionamento, torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países.

Saúde *versus* Doença mental: Aspectos conceituais

Em termos gerais, saúde, segundo Ferreira (2004), é a normalidade do funcionamento do estado mental, físico e orgânico. Essa idéia vasta é compartilhada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que, desde 1958, apresenta saúde como resultado da interação entre um total estado de bem-estar físico.

Ainda segundo a OMS, a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, que não se caracteriza unicamente pela ausência de doenças. Assim, a saúde abrange, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Numa perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De um modo geral, porém, concorda-se quanto ao fato de que a saúde mental é algo mais do que a ausência de perturbações mentais.

Em complemento a esta idéia, Singer (1987) acredita que esta formulação inclui as circunstâncias econômicas, sociais e políticas, como também a discriminação social, religiosa ou sexual; as restrições aos direitos humanos de ir e vir de exprimir livremente o pensamento. Assim, a doença não resulta apenas de uma contradição entre o homem e o meio natural, mas também, necessariamente, da contradição entre a pessoa e o meio social. Pensar a questão da saúde mental é, antes de tudo, pensar sobre o homem e sobre sua condição de "ser" e "estar no mundo".

Sabe-se hoje, que a maioria das doenças mentais e físicas são influenciadas por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais e que elas afetam pessoas de todas as idades, em todos os países, e que causam tanto sofrimento às famílias e comunidades, quanto aos indivíduos.

Apesar das conceituações acima descritas, o diagnóstico de saúde mental não é semelhante para todos os autores. Estudos realizados nos anos 60 e 70 evidenciaram enormes discrepâncias entre os diagnósticos realizados por diferentes psiquiatras para pacientes comuns (MENEZES, 1998).

Isso se deve à impossibilidade de estipular um único modelo, concepção de saúde ou enfermidade mental, frente à grande diversidade de teorias explicativas e variedade de representações sociais (ROSA, 1987 *apud* ALVARO e PÁEZ, 1996). Em outras palavras, a adoção de determinado critério de saúde vai depender de opções filosóficas, ideológicas e pragmáticas de quem estiver a fazer o diagnóstico.

A saúde mental também pode ser concebi-

da em quatro diferentes aspectos, considerando sua construção simbólica e historicamente determinada: 1) como ausência de mal-estar; 2) manifestação de bem-estar subjetivo; 3) manifestação de uma boa qualidade de vida; 4) como presença de atributos individuais positivos (ALVARO e PÁEZ, 1996).

Percebe-se assim que a perspectiva ausência de doença não é em si suficiente para o diagnóstico de saúde mental e sim um complemento para o mesmo, sendo que, na maioria das vezes, os critérios utilizados para diagnóstico e compreensão da saúde/doença mental incluem a existência relativa de sintomas, sua duração e o funcionamento não integrado.

Compreender saúde mental somente como *ausência de doença* é de certa forma reducionista, pois não a conceitua por aquilo que ela necessariamente é, e sim, pelo que lhe falta. Caracteriza um indivíduo com enfermidade por meio de um transtorno mental, excluindo a possibilidade de este não manifestar sintomas, sinais definidos, mas possuir um bem-estar psicológico comprometido (DALGALAR-RONDO, 2000).

O critério saúde mental como bem-estar físico e emocional caracteriza-se por um equilíbrio entre os afetos, em que os afetos positivos predominam sobre os aspectos negativos. Cabe assim salientar que afetos, de acordo com Diener (1994 p. 545), referem-se "às experiências emocionais agradáveis e desagradáveis, que constituem um contexto psicológico de natureza afetiva, através do qual o indivíduo organiza seu pensamento e emite suas ações".

Já o bem-estar subjetivo, em termos específicos, seria a estimativa que o indivíduo faz dos aspectos globais da vida, de acordo com suas idiosincrasias (DIENER, 1994). Em complemento a esta idéia e com base na investigação psicossocial, é pertinente que seja utilizado como critério compreensivo a intensidade e frequência dos estados afetivos e o equilíbrio entre seus pólos positivos e negativos (ALVARO e PÁEZ, 1996).

Pesquisas demonstram que as pessoas relacionam o equilíbrio afetivo com a prevalência de afetos positivos, sendo estes indicativo de bem-estar e consideram que níveis altos de afetos negativos ou positivos atípicos sejam indicativos, de adoecimento. No entanto, alguns autores propõem que esses pólos são independentes, contínuos e tem correlações distintas, sendo que uma baixa afetividade positiva estaria associada à depressão e uma alta afetividade negativa à ansiedade e ao estresse (WAGNER, 1988 *apud* ALVARO e PÁEZ, 1996). Em complemento, citam ainda que, quanto maior são os níveis educacionais e econômicos e menores os sentimentos de perda e das dificuldades econômicas, maior é o bem-

estar e menor é a frequência de sentimentos negativos (MIROWSKI e ROSS, 1989).

Fatores implicados no bem-estar psicológico: a autoeficácia, a ansiedade e a depressão

Muitas literaturas utilizam o termo qualidade de vida como sinônimo de estado de saúde. Porém, este está mais ligado ao funcionamento físico do indivíduo, enquanto que qualidade de vida é mais correlacionada à saúde mental e, além disso, a qualidade de vida é algo muito subjetivo e particular a cada um e se refere às percepções sobre posição na vida, envolvendo aspectos como cultura, valores, objetivos, expectativas, padrões e preocupações do contexto atual e individual (SEIDL e ZANNON, 2004).

Ao compreendermos as particularidades do termo qualidade de vida, faz-se necessário também que lancemos compreensão sobre o bem-estar psicológico, isto porque, mesmo tendo fortes influências sobre nosso estado de saúde, ainda assim, não é condição suficiente para garantir a ausência de sintomas como ansiedade e depressão, que são componentes do *distress*. Por ter condições muito subjetivas na determinação do bem-estar, de alguns fatores nos cabe compreensão, dada a natureza do presente estudo. Assim, compreender aspectos que constituem a autoeficácia e como este sentimento individual se constrói numa relação dialética com o meio, torna-se relevante.

Sabe-se que alguns traços que formam nossa personalidade influem no desenvolvimento da autoeficácia. Estudos apontam que pessoas extrovertidas, em termos gerais, tendem a ser mais resilientes e enfrentar situações desgastante de uma forma mais eficaz (DIENER, 1999), o que teria efeitos significativos na redução do adoecimento e sofrimento psíquico, consequentemente contribuindo para a saúde geral.

Parece-nos desafiador, frente às vicissitudes sócio-históricas e consequentes desafios que permeiam os vários âmbitos da vida do homem o desenvolvimento de uma postura mais firme no enfrentamento das adversidades. É notório que o ser humano tem, em geral, uma elevada necessidade de realização. Contudo, quando o êxito não é coerente com suas expectativas, tende a sentir-se desanimado. Esse desânimo sentido pode comprometer acentuadamente sua motivação, se este não conhecer suas reais possibilidades e limites. Percebe-se, então, um importante componente da autoeficácia: o autoconhecimento.

Estudos sobre autoeficácia visam abarcar essa demanda, pontuando que uma autoeficácia forte conduz ao desenvolvimento de novas habilidades

e maior comprometimento com as metas traçadas (BANDURA *apud* CARDOSO, 2007). Nesse sentido, faz-se necessária a conceituação da autoeficácia, como um juízo pessoal referente à capacidade dos indivíduos de organizar e executar ações em circunstâncias imprevisíveis e geradoras de estresse (RIBEIRO *apud* BARREIRA e NAKAMURA, 2006).

A autoeficácia perpassa a trajetória de vida e reavaliação das potencialidades do indivíduo. Por conseguinte, as percepções concernentes às capacidades de desempenho permitem que os indivíduos criem interações que mediem o ajustamento social necessário para um desenvolvimento sadio do ciclo vital (RABELO e CARDOSO, 2007).

No que diz respeito à sucessão de fases do desenvolvimento, observa-se que esse construto emerge na infância, pois é nesse período que os indivíduos apresentam percepção de relações causais derivadas de seus atos e de outrem. Na adolescência, a fim de dar conta das transformações - papéis sociais, identidade, tomadas de decisões - o senso de eficácia do indivíduo é restabelecido (MANDLER *apud* SANTOS, 2003).

Já na adultez, um dos períodos avaliados no presente estudo, um forte senso de eficácia favorece a associação de diversas instâncias, como amizade, trabalho e amor, exigidas à adaptação. Enquanto na velhice, com o comprometimento das questões cognitivas, de raciocínio, sensorial, de capacidades físicas, geralmente se observa um fraco senso de autoeficácia (MANDLER *apud* SANTOS, 2003).

É necessário ressaltar que esse construto diz respeito à percepção sobre si e não a real capacidade de execução e sucesso no desenvolvimento de atividades. Assim, a origem dessa "autoconfiança" pode advir de quatro fontes: as experiências de domínio, as experiências vicárias, persuasão social e excitação emocional/fisiológica (SANTOS, 2003).

As experiências de domínio ou êxito dizem respeito à experimentação de sucessos na superação de obstáculos por meio do esforço pessoal, sendo, dessa forma, a mais influente fonte de criação do senso de autoeficácia. As experiências vicárias se pautam na observação de modelos sociais para julgamento de suas próprias competências, ou seja, as observações de um desempenho satisfatório de outrem permitem a redução de ansiedade e dos aspectos negativos da angústia, e justificam os esforços despendidos em determinadas atividades (BANDURA *apud* SOUZA e SOUZA, 2004).

Já persuasão social, de acordo com o mesmo autor, se refere às sugestões externas que influenciam o senso de capacidade de realização com êxito em atividades desafiadoras, podendo ou não

amplificá-lo. Dessa forma, persuasões negativas podem debilitar a autoavaliação e persuasões positivas encorajá-las. Por fim, os estados emocionais - estresse, tensão, humor depressivo - e fisiológicos cansaço, fadiga - podem comprometer a crença de capacidade pessoal, se correlacionado ao sentimento de vulnerabilidade. Vale lembrar que a criação e a manutenção da autoeficácia podem generalizar a crença de desempenho satisfatório em diferentes interações.

As crenças de autoeficácia, provenientes desses quatro fatores mencionados, interferem no gerenciamento humano, pois perpassam o pensamento, o afeto, a motivação e a cognição. O primeiro processo está ligado à seletividade, pois há a escolha de atividades e ambientes que favoreçam o êxito. O segundo correlaciona a crença de autoeficácia com a intensidade das experiências emocionais (MADDUX e LEWIS *apud* LEITE *et al.*, 2002).

Em oposição a este componente saudável do bem-estar, tem-se o *distress*, um sentimento de sofrimento e desgaste psíquico ocasionado principalmente por estados de ansiedade e depressão (MIROWSKY e ROSS, 1989). Para Spielberger (*apud* PENICHE e CHAVES, 2000), o estado de ansiedade é uma reação emocional provisória compreendida pela consciência e caracterizada por sentimentos de nervosismo, preocupação, tensão, apreensão, o que intensifica a atividade do sistema nervoso autônomo. Como resposta, ocorrem alterações na frequência cardíaca, no padrão respiratório além de uma inquietação e tremores. O autor ainda ressalta que a maneira como o indivíduo entende a ameaça é mais significativo, do que a própria ameaça em si.

As diferenças individuais devem também ser consideradas como aspecto importante no comportamento ansiogênico, pois o sujeito é influenciado por experiências anteriores, levando-o a reagir de diferentes formas, vai depender, de como ele vivenciou as situações estressoras. (SPIELBERGER *apud* PENICHE e CHAVES, 2000).

O termo ansiedade abrange sensações de medo, antecipação apreensiva, sentimentos de insegurança, conteúdo de pensamento dominado por catástrofes ou incompetência pessoal, sentimento de constrição respiratória, aumento de vigília ou alerta, tensão muscular que causa dor, tremor e inquietação e vários desconfortos somáticos ocasionados pela hiperatividade do sistema nervoso autônomo (ANDRADE e GORENSTEIN, 1998)

Conceituando ainda o termo ansiedade, Andrade e Gorenstein (1998) consideram como um estado emocional com componentes fisiológicos e psicológicos, que faz parte das experiências humanas, sendo propulsora da execução de atividades. Para

Braghirolli (1990), ela é um estado psíquico muito semelhante ao medo, mas um medo vago, sem fundamento lógico, irracional ou desproporcional ao objeto causador. Assim, até certo ponto, a ansiedade é sinal de vitalidade e é útil para despertar e motivar o organismo. Sua função serve para a sobrevivência, já que põe o organismo de sobreaviso ao aparecer algo ameaçador para a integralidade e estabilidade emocional do sujeito. Mas, de acordo com Andrade e Gorenstein (1998), quando ela passa a ser desproporcional à situação que a desencadeia, ou mesmo quando não há um objeto específico em que se direcione, ela então se torna patológica.

Os sentimentos relacionados à ansiedade, segundo Mirowsky e Ross (1989), são: tensão, cansaço, preocupação irritabilidade e medo, havendo também incidências físicas com o aparecimento de respiração curta, desmaios, vertigem, suor frio, mãos trêmulas e sensação de calor por todo o corpo. Num pólo contrário às vivências dos sintomas de ansiedade, estão os sintomas da depressão que, de forma correlata, comprometem nosso bem estar e, como consequência, a saúde mental. De acordo com Capelari (2002), a depressão tem sido considerada como uma desordem de humor, caracterizada pela perda ou ausência de interesse e prazer na realização das atividades cotidianas. Há também a lentificação, apatia ou agitação psicomotora, humor depressivo ou irritável, pensamentos negativos, dificuldade de concentração, diminuição da energia, redução no apetite ou peso, alteração no sono e ainda pensamentos de morte e ideação suicida. Para que seja feito um diagnóstico de quadro depressivo, deve-se constar presente cinco ou mais sintomas durante duas semanas, levando em conta todas as subdivisões que o distúrbio apresenta.

A etiologia da depressão é uma questão complexa, com diversos modelos, biológicos e psicossociais, que fornecem explicações acerca do problema. A compreensão biológica da depressão tem progredido consideravelmente nas últimas décadas, com inúmeros agentes bioquímicos (neurotransmissores como a serotonina), anormalidades neuroendócrinas e fatores genéticos sendo estudados (USDIN, 1984; WIERZBICKI, 1987 *apud* MIYAZAKI, 2000). Dentre os modelos psicossociais, os modelos comportamentais da depressão enfatizam aprendizagem, ambiente, déficits e habilidades individuais como importantes fatores etiológicos. As habilidades sociais constituem habilidades de expressar sentimentos, assertividade, desejos de forma honesta, direta e apropriada, sem violar os direitos dos outros, aumentando consequentemente a ocorrência da autoconfiança, da realização pessoal, redução da ansiedade e da depressão, e o

déficit dessas habilidades parece ser também um importante componente da depressão, pois interações sociais constituem a base sobre a quais outras habilidades são adquiridas (um exemplo é a habilidade de comunicação) e déficits nessa área resultam em perda observável de reforçadores (LEWINSOHN, 1996 *apud* MIYAZAKI, 2000).

Como discutido, vários aspectos integram e influem no bem-estar e na saúde. Os fatores apresentados anteriormente constituíram a base do presente estudo, visto que o instrumento pesquisado (Questionário de Saúde Geral – QSG-12) está estruturado com base nestes constructos, a saber: autoeficácia, depressão e ansiedade.

METODOLOGIA

Participantes da pesquisa

Participaram deste estudo 440 pessoas, moradores da cidade de Cascavel/PR, de ambos os sexos (52,7% fem. – 47,3% masc.) com idade entre 18 e 60 anos (Média 31 anos) de diferentes níveis sócio-econômicos e escolaridade. Com relação à escolaridade, a maioria, 29,9% disse ter ensino superior incompleto (n = 127), seguido muito próximo dos que fizeram o ensino médio: 29,3%. Percebe-se, pois, uma boa escolaridade entre os participantes. No que se refere ao estado civil, boa parte dos participantes era solteira (44,1% - n = 194), enquanto 32,5% se disseram casados. No que tange à religião, a maioria dos participantes (67,0%) se disse católicos (n = 295). Já em relação à renda, 35,95% tinham renda de até três salários mínimos e 28,6% de quatro a seis salários mínimos. Cabe salientar, no entanto, que, entre as variáveis sócio-demográficas, a renda é a que tem maior índice de distorção.

Instrumento

O instrumento que mediou a coleta de dados foi um Questionário de Saúde Geral (QSG-12), construído por Goldberg (1972) e validado para a população brasileira por Gouveia *et al.* (2003), contendo 12 questões, cujas respostas são emitidas numa escala de quatro pontos, que se referem ao nível de concordância de cada um dos itens apresentados. As questões contemplam os fatores ansiedade, depressão e autoeficácia. Assim, o conjunto destes itens possibilitou conhecer o nível de saúde geral da população.

Procedimentos

Por ser um estudo diagnóstico, a coleta dos

dados foi realizada em lugares que tiveram aglomeração de pessoas, de forma a abranger o maior número de diversidades possível e aproximar as características da população geral. Após a avaliação pelo Comitê de Ética e sua devida certificação, os participantes foram solicitados a participar do estudo, sendo-lhes explicado o objetivo da pesquisa, assegurado o sigilo em relação às suas identidades e solicitada a assinatura do termo de livre participação e esclarecimento.

Apresentação e discussão dos resultados

Os dados foram tabulados e analisados mediados pelo SPSS (*Social Package for the Social Sciences*) versão 15.0.

Ao avaliar o nível de saúde mental da população de Cascavel/PR, intencionou-se observar, através das doze perguntas investigadas no questionário QSG-12, três fatores importantes, sendo o primeiro a depressão, o segundo o nível de ansiedade e, por fim, perceber a autoeficácia dos sujeitos pesquisados.

A primeira proposição deste estudo foi de conhecer o nível de saúde geral da população de Cascavel/PR, de forma a diagnosticar a presença de bem-estar psicológico ou *Distress*. Os resultados apontam para um nível satisfatório de saúde da população, já que a média de saúde geral obtida foi de 1,9 (numa pontuação entre 1 e 4, ou seja, quanto mais próximo de 1 melhor a saúde/bem estar e quanto mais próximo de 4 maior comprometimento na saúde, a aproximação do índice 3 denota a presença de transtornos psiquiátricos).

Ao analisar os resultados a partir dos índices individuais dos fatores já apresentados na descrição do instrumento, percebe-se que o fator autoeficácia contribuiu significativamente para o presente resultado, já que este foi o que apresentou a média mais próxima de 1 (média geral entre os pesquisados = 1,7), já os fatores depressão e ansiedade tiveram médias um pouco maiores, de 2,0 e 2,1, respectivamente.

Fator autoeficácia: resultados e discussão

O fator autoeficácia foi abordado na pesquisa por meio de cinco questões, itens 3, 4, 6, 10, 11, que apuram o sentimento de utilidade, a capacidade de tomada de decisões, superação de dificuldades e a autoconfiança. Traçando um paralelo com os dados gerais obtidos na pesquisa, essa variável independente apresentou uma média (1,7) próxima ao índice de saúde geral (1,0), ou seja, dentro de uma escala de 1 a 4, no qual 1 corresponde a saúde e 4 a transtornos psíquicos, atingiu resultados satisfatórios ao bem-estar.

Nota-se que a média de autoeficácia, quando confrontada com as médias das demais variáveis independentes - depressão e ansiedade - é mais baixa, ou seja, é mais próxima do estado de saúde mental.

Quando se analisam as incoerências da autoeficácia sobre a variável idade, observa-se uma coerência com o que aponta a literatura, já que se pode observar uma diferença significativa entre a média de autoeficácia dos indivíduos de 20 a 59 anos (1,7), quando confrontadas com a média apresentada pelos sujeitos com idade superior a 60 anos (2,14), confirmando o que afirma Santos (2003), que o senso de autoeficácia tende a ser mais forte na adultez, já que é favorecido pela associação de diversas instâncias, como amizade, trabalho e amor, com altas exigências à adaptação e tende a decair ao longo dos anos. Hipoteticamente porque, na velhice, há o comprometimento das questões cognitivas, de raciocínio, sensorial, de capacidades físicas, perdas familiares e diminuição de perspectivas futuras, enfraquecendo o senso de autoeficácia.

Além de o senso de autoeficácia acompanhar as transformações típicas do desenvolvimento humano, ele pode se correlacionar como outros aspectos como gênero e posição social. No tocante às questões de gênero, estudos têm demonstrado que os homens possuem elevada autoeficácia instrumental – relacionada à ocupação, atividades de criação e baixa autoeficácia interpessoal – de relações, comunicação e habilidades sociais – se comparados às mulheres. Os dados obtidos no instrumento de avaliação de saúde geral (QSG-12) demonstraram que não houve diferença significativa entre as médias atingidas pelos diferentes gêneros e ambas se aproximaram do estado de saúde mental.

No que tange às implicações de posição social, é notório que indivíduos em situação de desemprego ou em ocupações precárias, insuficientes para a manutenção de necessidades, são acentuadamente afetados em sua autoconfiança. Vale lembrar que os homens são mais vulneráveis a essas circunstâncias, devido à exigência social (HANNAH e KAHN *apud* SANTOS, 2003). Somando-se a essas informações, as análises obtidas nesse estudo evidenciam que os aposentados e as donas de casa alcançaram médias – 2,2 e 2,14 respectivamente - significativamente superiores às demais ocupações e à média geral dos pesquisados, de 1,7.

Um aspecto que nos chama atenção é a inexistência de diferença em termos médios de autoeficácia entre os que praticam e não praticam alguma religião. Este fato nos leva a inferir que o fato da es-

colaridade da maioria dos participantes ter sido relativamente alta, contribui para que os sujeitos desenvolvam estratégias de enfrentamento internas, o que aumenta o sentimento de empoderamento pessoal e diminui as instâncias externas de enfrentamento, como é o caso da religião.

Observou-se, então, que o fortalecimento do senso de autoeficácia contribui para um desenvolvimento pessoal satisfatório, criação de habilidades interpessoais, elevação do grau de desempenho e motivação, que permeiam os níveis de bem-estar e qualidade de vida.

Fator Depressão: resultados e discussão

Faziam parte desse fator quatro questões: a número um, sete, oito e doze. De maneira geral, tais questões abordavam a capacidade de concentração, de desfrutar das atividades diárias, enfrentar problemas e conhecer o sentimento de felicidade dos pesquisados, considerando todas as circunstâncias da vida. A média geral deste fator foi de 2,0, não denotando a presença de estados patológicos de depressão.

Ao analisar o fator depressão, em relação à variável gênero, percebeu-se que a média das mulheres (2,06) foi relativamente maior do que a dos homens. De acordo com Demetrio (2001), a depressão é uma doença com prevalência de 15% da população geral, durante a vida. Em mulheres pode chegar a 25% ou mais. Tem-se observado que a prevalência da depressão é duas vezes maior em mulheres do que em homens, sendo estes de apenas 10%, independentemente do país e da cultura. As razões são desconhecidas. Há hipóteses que atribuem estas diferenças a fatores hormonais, efeitos do parto, estressores psicossociais diferentes para homens e mulheres e modelos de comportamento de desamparo aprendido.

Na correlação entre situação sócio-econômica e depressão pôde-se perceber que, quanto maior a renda mensal, menor o índice de saúde mental, sendo a média dos pesquisados com renda de 11 a 13 salários¹ mínimos de 2,11, configurando-se como mais alta do que a dos sujeitos com rendimentos inferiores.

Em relação à religião, a classe que menos apresentou saúde mental foram os espíritas, apresentando a média de 2,3, denotando um aumento considerável em relação à média da população geral, que foi de 1,9.

Em relação ao estado civil, as médias de de-

¹ Sendo o valor do salário mínimo durante o período da pesquisa de R\$ 430,00.

pressão também apresentaram algumas diferenças importantes. Pôde-se observar, no presente estudo, uma média de depressão de 2,4 nos viúvos e de 2,1 nos que são divorciados. Sobre este aspecto, segundo Nunes (2003), os sintomas depressivos incorrem com mais frequência em pessoas que não tem relação interpessoal mais próximas, bem como nas que são divorciadas e viúvas, isto porque, frequentemente, estes estados envolvem perdas e mudanças significativas, que podem requerer altos níveis de adaptação do sujeito.

Fator ansiedade: resultados e discussão

Na presente pesquisa, o fator ansiedade foi contemplado em três questões, que, na somatória geral de todos os participantes, obteve uma média de 2,1. As questões relacionadas ao fator citado são a 02, a 05 e a 09. Tais questões referem-se a à perda de sono devida a preocupações, sentimentos de agonia e tensão e sentimento de pouca felicidade e depressão.

Os dados obtidos no instrumento de avaliação de saúde geral (QSG-12) demonstraram que houve baixa significância entre as médias atingidas entre gêneros no fator ansiedade, sendo 2,1 para homens e 2,2 para mulheres, demonstrando que as mulheres têm um grau levemente maior de ansiedade.

Com relação à idade, os dados apontam que a menor média foi entre a idade de 38 e 47 anos (2,0), já a maior foi entre 58 e 68 anos (2,3). Estas diferenças entre as médias, certamente têm implicações com o mundo produtivo. A maturidade profissional vivenciada na faixa etária entre os 38 e 47 anos proporciona segurança e estabilidade, além da intensificação das relações sociais. Já no período do envelhecimento, o pouco envolvimento com atividades produtivas e sociais amplia o sentimento de invalidez e solidão, o que pode ser um fator gerador de ansiedade.

No que tange ao fator escolaridade, comparando-se as médias dos sujeitos com até o ensino médio completo com as dos sujeitos com ensino superior completo e pós-graduados, percebeu-se uma diferença significativa, em que os indivíduos com menor escolaridade apresentam um maior nível de ansiedade apresentando uma média de 2,3 contra 2,0 dos mais instruídos. É recorrente, pois, pensar na atividade produtiva e de autoeficácia como um atributo que medeia os níveis de ansiedade, isto porque, quanto maior consciência de suas habilidades e competências – que aumenta com o nível de escolaridade – maior capacidade de enfrentar situações adversas e menor incidência de perda de controle, desencadeante central da ansiedade.

Na questão profissional, pôde-se observar que as donas de casa, aposentados e autônomos apresentaram a maior média entre as profissões: 2,59, 2,57 e 2,38, respectivamente, com uma média geral de 2,51. Já os profissionais de saúde, administradores e outras profissões com ensino superior obtiveram as menores pontuações; 1,82, 2,1 e 2,1 respectivamente, com média geral de 1,96.

A religiosidade também foi abordada na pesquisa. Entre as religiões não houve diferença significativa entre as médias atingidas em nível de ansiedade, porém observou-se uma diferença relevante entre praticantes e não praticantes, com médias de 2,1 e 2,3 respectivamente, expondo o auxílio que a fé oferece ao aliviar o sofrimento psíquico de seus seguidores.

Nas médias de ansiedade em relação à renda dos sujeitos, não houve qualquer diferença. Todas apresentaram média 2,2. Com isso podemos salientar que o fator renda não influencia no grau de ansiedade dos sujeitos, pois tanto os indivíduos com maiores condições financeiras quanto os com menores, apresentam médias semelhantes entre si.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que a saúde mental é influenciada por aspectos como traços de personalidade, estratégias de enfrentamento/adaptação e fatores sócio-demográficos, e sabendo-se que o modelo econômico vigente - capitalista - é marcado pela competição em excesso, busca de status, capital, reconhecimento, supervalorização do self (individualismo) e consumismo, o presente estudo possibilitou a identificação do índice de saúde mental de determinada população (1,9), além de favorecer a análise de fatores – gênero, faixa etária, nível econômico, ocupação, religião – que afetam a qualidade de vida do indivíduo.

Esse contexto tem repercutido em vários âmbitos da vida dos indivíduos, que, para suprir as imposições sociais advindas desse sistema econômico, acabam imersos em um processo de mudanças constantes, normatização de comportamentos e diversidade de papéis sociais, sem que estes tenham tempo hábil para elaborá-las e dar-lhes significado. Com isso, as incertezas e inseguranças cotidianas podem comprometer o bem-estar dos indivíduos na medida em que afetam o senso de desempenho (autoeficácia) e os níveis de depressão e ansiedade.

De acordo os dados obtidos, a variável autoeficácia, no que diz respeito à ocupação, atingiu índices mais afastados de saúde mental nas categorias dos aposentados e donas de casa; no quesito gênero

não houve correlação significativa; enquanto que se apresentou inversamente proporcional à faixa etária. Essas informações apontam a influência da ideologia capitalista, que compreende os aposentados, as donas de casa e os idosos como inaptos e improdutivos, desnecessários para o sistema de produção de riqueza.

No que tange ao fator ansiedade, observou-se uma sutil correlação entre altos índices de ansiedade e baixa escolaridade. Por outro lado, a relação entre ansiedade e atividades profissionais mostrou considerável significância e os escores obtidos em determinadas classes – donas de casa e aposentados – foram os que mais se aproximaram do indicativo de distress.

Já no que diz respeito à depressão notou-se que foi o único aspecto que apresentou diferença entre os gêneros, embora esse não seja um fator relevante, para a análise do distress – que atribuiu índices semelhantes entre homens e mulheres. É importante salientar que outro fator influente nos indicativos de depressão é a escolaridade, dentro de uma relação inversamente proporcional. Cabe pontuar que essa premissa também perpassa as ideologias capitalistas, que exigem constante aperfeiçoamento dos indivíduos para a inserção no mercado de trabalho.

De forma geral, pode-se assinalar que as informações obtidas através da pesquisa corroboraram os postulados teóricos. Há ainda que se considerar que, diferentemente do esperado, a média geral de saúde mental obteve índices baixos, tendo em vista as situações estressoras do contexto capitalista. Cabe também assinalar que o fator autoeficácia mostrou-se mais significativo no que se refere aos escores de saúde mental, pois embora a ansiedade e a depressão tenham apresentado índices mais elevados, unidos ao construto autoeficácia a média geral de saúde mental decresceu.

Mediante a amplitude das temáticas abordadas e frente à impossibilidade de esgotar o assunto nesta pesquisa, sugere-se um estudo longitudinal, que compreenda - por meio de observações regulares - os fatores implicados na saúde mental, possibilitando uma melhor apreensão do assunto. Para uma melhor compreensão é também necessária uma análise minuciosa de fatores como desemprego e as influências culturais, aspectos que indicam uma influência representativa nos indicadores de bem-estar, isto porque o bem-estar psicológico envolve a satisfação do sujeito em distintas esferas de sua vida, resultado dos recursos de que o mesmo dispõe para a satisfação de suas necessidades físicas, psicológicas e sociais, bem como de estratégias para enfrentar as demandas do meio social, tendo, portanto,

variações conforme a cultura, a condição econômica vigente, mas também perpassa pela condição interna de enfrentamento de cada sujeito na leitura de uma realidade que é comum a todos, mas que é subjetivada de uma forma muito particular.

REFERÊNCIAS

- ÁLVARO, J. L.; PÁEZ, D. Psicología social de la salud mental. In: ÁLVARO, J. L.; GARRIDO, A.; TORREGROSA, J. R. (Coord.). **Psicología social aplicada**. Espanha: McGraw-Hill, 1996.
- ANDRADE, L. R. S. G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 6, 1998. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n6/ansi256a.htm>>. Acesso em: 10 out. 2007.
- BARREIRA, D. D.; NAKAMURA, A. P. Resiliência e a autoeficácia percebida: articulação entre conceito. **Aletheia**, Canoas, n. 23, p. 75-80, jun. 2006.
- BRAGHRIROLLI, E. M. et. al. **Psicologia geral**. 9. ed. Porto Alegre: Vozes, 1990.
- ANESHENSEL, C. S.; PEARLIN, L. I. Structural contexts of sex differences in stress. In: BARNETT, R. C.; BIENER, L.; BARUCH B. **Gender and stress**. New York: The Free Press, 1987. p. 75-95.
- DIENER, E. Well-Being. **Psychological Bulletin**, v. 95, n. 1, p. 542-575, 1994.
- GOUVEIA, V. V. et al. A utilização do QSG-12 na população geral: um estudo sobre sua validade de construto. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 19, n. 3, p. 241-248, set./dez. 2003.
- LEITE, J. C. C. et al. Desenvolvimento de uma escala de autoeficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 121-133, 2002.
- MIROWSKY, J.; ROSS, C. E. Measuring psychological distress. In: MIROWSKY, J.; ROSS, C. E. **Social causes of psychological distress**. New York: Aldine de Gruyter, 1989. p. 21-56.
- MORAES, M. M. **Autoeficácia e estratégias para criar no trabalho**: construção de medidas. 2006. 224 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

SILVA, D. et al.

MORRIS, C. G.; MAISTO, A. A. **Introdução à psicologia**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

RABELO, D. F.; CARDOSO, C. M. Autoeficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. **Psico-USF**, Itatiba, v. 12, n. 1, p. 75-81, jan./jun. 2007.

SANTOS, A. T. **Controle percebido, senso de autoeficácia e satisfação com a vida**: um estudo comparativo entre homens e mulheres pertencentes a três grupos de idade. 2003. 200 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311-X2004000200027&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 out 2007.

SINGER, P. **Prevenir e curar**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

SOUZA, I.; SOUZA, M. A. Validação da escala de autoeficácia geral percebida. **Rev. Univ. Rural**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1-2, p. 12-17, jan./dez. 2004.