



Diogo André Neto Mendes Costa

**DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS NA EXPRESSÃO DE SINTOMAS
DEPRESSIVOS: ESTUDO OBSERVACIONAL NUMA AMOSTRA URBANA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
MESTRADO EM TEMAS DE PSICOLOGIA

Área de especialização:

Psicologia da Saúde

2010

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Desigualdades socioeconómicas na expressão de sintomas depressivos:
Estudo observacional numa amostra urbana**

Diogo André Neto Mendes Costa

Março 2010

Dissertação apresentada no Mestrado em Temas de Psicologia, Área de Especialização Psicologia da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pelo Professor Doutor António José Marques (E.S.T.S.-I.P.P.).

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos ao apoio inestimável:

Do Professor Doutor Henrique Barros, pelo acolhimento, municionamento e disponibilidade sem condicionalismos, pela clareza e inspiração;

Do Professor António Marques, pela abertura, pragmatismo e prontidão;

Da Professora Doutora Cristina Queirós, pela experiência, rigor e realismo;

Da Professora Fátima Pina, pelo saber geográfico técnico e teórico;

Do Milton, pelo acumular de minutos de discussão;

Do Serviço de Higiene e Epidemiologia, sem exclusões;

Da Margarida, pela ininterrupta estimulação, exemplo e compreensão, pelo crescente afecto e cumplicidade;

Da minha família, pela confiança e suporte;

De todos os restantes de quem não me estou a esquecer.

RESUMO

As desigualdades socioeconómicas em termos das manifestações de saúde são conhecidas e, recentemente também evidenciadas para a saúde mental geral e para as perturbações depressivas em particular, observando-se, recorrentemente, que indivíduos em posições socioeconómicas mais “desvantajosas” estão em maior risco para o desenvolvimento de doença. Contudo, poucos estudos abordam a relação entre as variáveis passíveis de caracterizar o nível socioeconómico individual e os sintomas depressivos em amostras da população geral com desenhos epidemiológicos válidos. Adicionalmente, muito poucos estudos testam a influência de características relevantes do meio ambiente, enquanto intervenientes na relação entre os sintomas depressivos e o nível socioeconómico, havendo incongruência nos resultados destes.

O tema de estudo do presente trabalho prende-se com as desigualdades socioeconómicas e as manifestações depressivas auto-reportadas, por uma amostra comunitária da população adulta de uma área urbana portuguesa (n=985). Assim, medimos a associação existente entre os sintomas depressivos avaliados pelo Inventário de Depressão de Beck e as características socioeconómicas medidas a nível individual e ao nível da área onde residem. Hipotetizamos e confirmamos a existência de um gradiente socioeconómico para os sintomas depressivos, quando analisado com dados individuais e observamos uma associação no sentido esperado para as mulheres da amostra, com uma hierarquia socioeconómica estabelecida para as subsecções territoriais analisadas.

Apesar de contributivos para a parca epidemiologia psiquiátrica nacional, os resultados sugerem a necessidade de realização de estudos mais amplos, representativos da população geral portuguesa e a inclusão de medidas claras das características do meio para o teste da influência ao nível da área nos sintomas depressivos.

ABSTRACT

Socioeconomical inequalities in terms of health are known and recently also highlighted for mental health in general and for depressive disorders in particular, recurrently showing that individuals in “disadvantaged” socioeconomical positions have increased risk of developing a disease. However, few studies approach the relation between variables likely to characterize the individual socioeconomical level and depressive symptoms in samples from the general population with valid epidemiological designs. Additionally, very few studies test the influence of relevant environmental characteristics, while intervening in the relation between depressive symptoms and the socioeconomical level, showing incongruent results.

The present study theme relies in the socioeconomical inequalities and the depressive manifestations self-reported, in a communitary sample of the adult population from a Portuguese urban area (n=985). This way, we measured the existing association between depressive symptoms assessed by the Beck Depression Inventory and their socioeconomical characteristics measured at the individual level and at the area of residence level. We hypothesized and confirmed the existence of a socioeconomical gradient for depressive symptoms, when analyzed with individual data and we observed an association in the expected direction for women in the sample, with an established socioeconomical hierarchy for the territorial subsections analyzed.

Although contributing for the sparse national psychiatric epidemiology, the results suggest a need for conducting wider studies, representative of the Portuguese general population and the inclusion of clear measures for the environmental characteristics, to test the area level influence on depressive symptoms.

RESUMÉ

Les inégalités socioéconomiques en termes des manifestations de santé sont connues et, récemment également mis en évidence pour la santé mentale en général, et en particulier les troubles dépressifs. Fréquemment, on observe que les individus dans des positions socioéconomiques plus “désavantageuses” ont plus de risque de développer la maladie.

Cependant, peu d'études adressent la relation entre les variables susceptibles de caractériser le niveau socioéconomique individuel et les symptômes dépressifs, dans des échantillons de la population générale, avec des valides dessins épidémiologiques. Les résultats n'ont pas de consistance.

Le travail veut étudier les inégalités socioéconomiques et les démonstrations dépressives auto-déclarées dans un échantillon communautaire de la population adulte d'une zone urbaine portugaise (n=985). Nous avons étudié l'association entre les symptômes dépressifs (mesurés par l'Inventaire Dépressif de Beck) et les caractéristiques socioéconomiques mesurées au niveau individuel et au niveau de la zone d'habitation. Nous avons formulée et après confirmée l'hypothèse de l'existence d'un gradient socioéconomique pour les symptômes dépressifs, quand ils sont analysés avec des détails individuels. Nous avons aussi observé une association (dans la direction attendue), pour les femmes de l'échantillon, quand analysée avec une hiérarchie socioéconomique établi pour les subsections territoriales analysées.

Malgré contributifs pour les peu nombreuses études d'épidémiologie psychiatrique national, les résultats suggèrent la nécessité de faire études plus grandes et représentatives de la population générale portugaise, et aussi inclure la mesure claire des caractéristiques du contexte pour tester l'influence du niveau de la zone sur les symptômes dépressifs.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. Depressão e sintomas depressivos	4
2. Etiologia da depressão	5
2.1. Perspectivas cognitivo-comportamentais	7
2.2. Perspectiva Evolucionária	8
3. Estudos epidemiológicos de base populacional	10
3.1. Metodologias utilizadas	10
3.2. Modelos etiológicos da Epidemiologia Social	15
3.3. Evidências do gradiente socioeconómico (Desigualdades socioeconómicas e sintomas depressivos)	23
3.3.1. Estudos Longitudinais	25
3.3.2. Meta-análises	26
3.3.3. Estudos Geográficos e Classificações utilizadas	26
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO	30
1. Metodologia	31
1.1. Instrumentos	31
1.2. Procedimento	33
1.3. Caracterização da amostra	46
2. Apresentação dos resultados	49
3. Discussão dos resultados	59
CONCLUSÕES	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

“A ciência pode ser encarada sob dois aspectos diferentes. Ou se olha para ela tal como vem exposta nos livros de ensino, como coisa criada, e o aspecto é o de um todo harmonioso, onde os capítulos se encadeiam em ordem, sem contradições. Ou se procura acompanhá-la no seu desenvolvimento progressivo, assistir à maneira como foi sendo elaborada, e o aspecto é totalmente diferente – descobrem-se hesitações, dúvidas, contradições, que só um longo trabalho de reflexão e apuramento consegue eliminar, para que logo surjam outras hesitações, outras dúvidas, outras contradições.”

(Caraça, 1941, p.5)

INTRODUÇÃO

Depois da doença cardíaca, projecta-se que a depressão se tornará na segunda maior causa de *carga* associada a doença em 2020 (Cardoso, Rodrigues, & Vilar, 2004; Gusmao, Xavier, Heitor, Bento, & Almeida, 2005; Netterstrøm, Conrad, Bech, Fink, Olsen, & Rugulies, 2008). Perante uma natureza multifactorial, acreditamos existirem particularidades contextuais, que demandam um olhar epidemiológico sobre a distribuição deste fenómeno, tal como ele ocorre na população.

São conhecidos os principais factores de risco ou determinantes sociais das perturbações mentais, de onde se destacam a pobreza e exclusão social - pessoas que vivem em grupos de baixos rendimentos económicos, que são menos escolarizadas, que enfrentam grandes dificuldades económicas, estão em maior risco de sofrer de uma perturbação mental (Patel, 2007). Esta tendência foi confirmada para as perturbações depressivas, onde um baixo estatuto socioeconómico está associado com um maior risco de desenvolver depressão, por comparação com um estatuto socioeconómico mais elevado (Lorant, Delière, Eaton, Robert, Philpott, & Anseau, 2003).

De igual forma, a medição dos potenciais efeitos que as condições dos bairros onde as pessoas vivem têm no aparecimento, desenvolvimento e manutenção da depressão, poderá contribuir, não apenas na perspectiva da saúde pública para a sugestão de uma distribuição dos serviços de saúde mental, mais correcta, como poderá adicionar alguns dados à pesquisa (científica) dos factores etiológicos desta perturbação, numa linha de investigação que se tem vindo a revelar promissora, apesar de inconsistente nas metodologias utilizadas e resultados obtidos (Kim, 2008).

O tema de estudo do presente trabalho prende-se com as desigualdades socioeconómicas e as manifestações depressivas auto-reportadas, por uma amostra comunitária da população adulta de uma área urbana portuguesa.

Os objectivos a que nos propusemos, enumeram-se da seguinte forma: descrever a distribuição da sintomatologia depressiva de uma amostra da população adulta de uma área urbana portuguesa, de acordo com as suas características socioeconómicas, operacionalizadas em variáveis habitualmente utilizadas para a categorização da posição socioeconómica dos indivíduos; conhecer a magnitude da associação existente entre apresentar maior intensidade de sintomas depressivos quando permanecendo em posições socioeconómicas consideradas desvantajosas; verificar a influência nos sintomas depressivos das características ambientais

passíveis de serem caracterizadoras da posição socioeconómica dos locais onde residem os indivíduos, como explicação adicional às desigualdades observadas a nível individual.

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes: enquadramento teórico e estudo empírico. No enquadramento teórico são inicialmente revistas as principais teorias etiológicas da depressão e, concomitantemente, das manifestações depressivas, com particular ênfase na abordagem evolucionária que se tenta desenhar após obrigatória referência ao maior consenso, que parece existir para as teorias cognitivo-comportamentais. De seguida, é feita uma incursão generalista nos estudos de cariz epidemiológico sobre o tema e os principais aspectos caracterizadores destes: metodologias utilizadas, indicadores habitualmente definidos para classificar a posição socioeconómica, principais modelos explicativos das desigualdades observadas, bases teóricas da epidemiologia social. Por fim, descrevem-se as evidências científicas existentes e relevantes para o tema estudado.

A segunda parte, dedicada ao estudo empírico, clarifica a metodologia utilizada no presente trabalho (amostra, dados recolhidos individualmente e ao nível da área, análise). Finalmente, apresentam-se os resultados obtidos para uma amostra de 985 adultos residentes na cidade do Porto e suas pontuações no Inventário de Depressão de Beck, procede-se à interpretação e discussão das tendências observadas nas relações analisadas, ao nível individual e ao nível da área.

CAPÍTULO I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo será feita uma incursão nas tendências teóricas recentes acerca da etiologia do fenómeno em estudo (depressão), enquanto entidade nosológica disposta num contínuo de sinais e sintomas típicos, recorrendo a dados epidemiológicos e revisões consensuais, sempre que possível. A perspectiva aqui adoptada, mune-se de lentes psicológicas para a procura de racionalizações plausíveis e arrisca um olhar social para a procura dos determinantes e das inequidades observadas para a difícil distinção dos fenómenos depressivos, auto-reportados.

1. DEPRESSÃO E SINTOMAS DEPRESSIVOS

Importa, inicialmente, descrever com o mais recente consenso, a importância motivacional e a quantificação relevante do que pretendemos estudar.

Assim, a *depressão*¹, nos dias que correm, é considerada um problema de saúde pública global, quer devido à sua, relativamente alta, prevalência ao longo da vida (variando entre 2 e 15%), quer por estar associada a incapacidade substancial (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel, & Ustun, 2007).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2000, p.372): “Os estudos acerca da Perturbação Depressiva *Major* têm descrito uma larga amplitude de valores para a proporção da população adulta com esta perturbação. O risco ao longo da vida para a Perturbação Depressiva *Major* em amostras comunitárias tem variado de 10% a 25% para as mulheres e de 5% a 12% para os homens. A prevalência pontual para a perturbação Depressiva *Major* em adultos de amostras na comunidade tem variado de 5% a 9% para as mulheres e de 2% a 3% para os homens. As taxas de prevalência para a Perturbação Depressiva *Major* parecem não estar relacionadas com a raça, educação, nível salarial ou estado civil”.

Cotada como a quarta causa de *carga* associado a doença em 2000, a depressão será responsável por 4.4% do total de anos de vida de incapacidade ajustados (DALYs). É também responsável pela maior proporção de *carga* de doença atribuível a efeitos de saúde não-fatais, contribuindo para quase 12% do total de anos vividos com incapacidade em todo o mundo. Sem tratamento, a depressão tende a assumir um curso crónico, recorrente e a associar-se com o aumento da incapacidade ao longo do tempo. Existem projecções indicando que, depois da doença cardíaca, a depressão tornar-se-á na segunda maior causa de *carga* associado a doença em 2020 (Cardoso et al., 2004; Gusmao et al., 2005; Netterstrøm et al., 2008).

¹ Assumimos os critérios correntemente aceites para o diagnóstico da Perturbação Depressiva, nos principais manuais de diagnóstico em vigor. Assim, alguém *deprimido*, apresenta-se com humor depressivo, triste, sem esperança, desencorajado ou “em baixo” ou com “perda de interesse em quase todas as actividades”. Adicionalmente, devem existir alterações no apetite ou peso, no sono e actividade psicomotora normal, diminuição de energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa, dificuldades em pensar, concentrar-se ou em tomar decisões, ideação suicida. (APA, 2000).

Seja sob a (psicodinâmica) forma de angústia existencial, ou verdadeira melancolia, seja sob os conceitos mais somáticos e observáveis de perda e de desespero, desde o seu início que a psicopatologia procura responder ao *porquê* do desenvolvimento destes síndromes, sempre descrevendo histórias pessoais e experiências (sócio-afectivas) características. Neste sentido, tentaremos em seguida *pincelar* vários modelos teóricos propostos para a etiologia da depressão. Cabe-nos clarificar a tendência assumida: embora fenomenologicamente questionável, falamos de *depressão* e *sintomas depressivos* de forma quase indiferenciada, e recaímos, sobretudo, nos textos, aparentemente, mais contemporâneos e aceites pela comunidade. Esta opção revela-se-nos ajustada ao paradigma epistemológico vigente, contudo ressalvamos a probabilidade de erro, por pretendermos investigar um fenómeno sentido idiossincraticamente pelo indivíduo, mas passível de ser observado no *padrão* social e comunitário onde este se insere.

2. ETIOLOGIA DA DEPRESSÃO

Os principais modelos etiológicos de explicação da depressão, centram-se no papel do ambiente familiar e experiências adversas na infância, na história de depressão ou perturbações ansiosas, nos contributos dos papéis sociais e normas culturais, nos acontecimentos adversos ao longo da vida, na vulnerabilidade individual para a depressão e estilos de *coping*, no suporte social, nos factores genéticos, nas hormonas gonadais e no funcionamento dos eixos adrenal e da tiróide e dos principais sistemas de neurotransmissão (Nestler, Gould, Manji, Bucan, Duman, Gershenfeld, Hen, Koester, Lederhendler, Meaney, Robbins, Winsky, & Zalcman, 2002; Piccinelli & Wilkinson, 2000).

Assim exposto, parece-nos algo profundamente estudado, mas simultaneamente, difuso e multifactorial na sua essência. Perante tal natureza, o contributo de múltiplas perspectivas é inevitável, e ao mesmo tempo, integrador. Contudo, cremos existirem particularidades contextuais, que demandam um primeiro olhar sobre a distribuição deste fenómeno, tal como ele ocorre na população. Esta é, basicamente, a justificação para a perspectiva Epidemiológica (do estudo da distribuição, dos factores determinantes e consequentes), que será adoptada no decorrer deste estudo. Mas primeiro, a incursão pelos obrigatórios estudos que trouxeram racionalidade a cada factor individual potencialmente associado nesta etiologia.

Relativamente às experiências adversas na infância, a investigação tem demonstrado que estas aumentam o risco de desenvolvimento de depressão por diferentes vias, que incluem: mecanismos biológicos (prolongada desregulação do eixo hipotalamo-pituitário-

adrenal); vulnerabilidade pessoal (baixa auto-estima, desespero, locus de controlo externo, estratégias de *coping* pobres); factores ambientais adversos (falta de suporte social, baixo estatuto social, dificuldades como a mono-parentalidade ou gravidez não-planeada); e a presença de um episódio depressivo durante a adolescência. As evidências existentes sugerem que as experiências traumáticas precoces podem ser parcialmente responsáveis pela preponderância das mulheres na taxa de depressão, uma vez que estão em maior risco para certos eventos (tais como o abuso sexual) e parecem ser mais sensíveis aos seus efeitos depressogénicos (Weiss, Longhurst, & Mazure, 1999).

Em relação aos papéis sociais e normas culturais, a identificação de indivíduos em maior risco de desenvolverem depressão, com base nas variáveis sócio-demográficas e nos dados recolhidos em diferentes países e grupos culturais, indica que estes factores contribuem para uma preponderância feminina nas taxas de depressão.

Nas revisões detalhadas de Bebbington (1998), é sugerido que o casamento pode ter efeitos negativos nas mulheres, possivelmente devido a exigências específicas de género, colocados pelo casamento e resultando em um número limitado de papéis disponíveis para a mulher. Razões similares podem explicar porque razão o cuidar de crianças pequenas está associado com maior risco de depressão nas mulheres (Coelho, Martins, & Barros, 2002). Tanto o trabalho doméstico como o cuidar de crianças reduzem a probabilidade das mulheres terem empregos remunerados ou que lhes sejam atribuídas responsabilidades adicionais no caso de estarem empregadas. Mulheres casadas, cujos empregos não são remunerados, terão que contar com o seu papel de domésticas para a construção das suas identidades e auto-estima, e esse papel acarreta muitos elementos frustrantes e um, cada vez menor, valor atribuído pelas sociedades modernas. Por outro lado, mulheres que entram no mercado de trabalho, deparam-se com discriminações económicas e desigualdades de trabalho em conjunto com papéis sobrecarregados e conflituais, causados por responsabilidades primárias relacionadas com a vida doméstica e de cuidado dos filhos, que concorrem com os papéis profissionais (Bebbington, 1998). Apesar do facto de se ter um emprego tender a revelar efeitos psicológicos benéficos, estes efeitos podem ser reduzidos ou revertidos, onde exista conflito de papéis e sobrecarga (Gorn, Sainz, & Icaza, 2005). Apesar de tudo o que foi escrito, não parecem existir evidências robustas de que estes mecanismos possam explicar as diferenças de género observadas na depressão (Piccinelli & Wilkinson, 2000).

O papel dos acontecimentos de vida adversos no desenvolvimento de depressão é, sobretudo, mediado pela interacção com a vulnerabilidade individual, expressa em termos de características de personalidade, estilos atribucionais e *coping* cognitivo. Bebbington (1996), reviu as evidências sobre os efeitos produzidos pelas expectativas e estilos atribucionais na

depressão. Expectativas de resultados negativos e de “desamparo” levam ao “desespero” (*helplessness and hopelessness*), que pode progredir para depressão. A experiência é moderada por atribuições causais dos eventos, pela avaliação das suas consequências e pelas inferências sobre o EU que daí surgem. Indivíduos em risco para a depressão, têm sido caracterizados como tendo globalidade (isto é, o falhanço está relacionado com factores que se aplicam por uma variedade de situações), estabilidade (nomeadamente, os factores responsáveis pelo fracasso são improváveis de mudar com o tempo) e internalização (onde o indivíduo se percebe como relativamente incompetente). De momento, não existe suporte suficiente para a noção de que as características cognitivas observadas nas mulheres, serem mais consistentes com um estilo atribucional depressivo, em comparação com os homens (Bebbington, 1996), o que poderia explicar a maior prevalência, consistentemente observada neste género.

2.1. PERSPECTIVAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

Segundo as perspectivas cognitivo-comportamentais da depressão, existem dois construtos tradicionalmente citados como potenciais factores etiológicos da depressão, o desamparo e a desesperança (*helplessness and hopelessness*). Neste contexto, são considerados como factores-*traço* que elevam a vulnerabilidade da pessoa para reagir a determinados estímulos ambientais, com depressão (Harris, 2001).

Uma das teorias mais entusiasmantes, surge nos anos 60, e foi estabelecida por A.T. Beck. Este define a desesperança como a expectativa negativa em relação ao futuro e o desamparo como as conceptualizações irrealisticamente baixas das próprias capacidades.

Beck considera esta visão negativa do EU e do futuro como elementos centrais da “tríade cognitiva”. A tríade cognitiva consiste nas atitudes negativas relativamente ao EU, ao futuro e ao ambiente. A hipótese básica na explicação da depressão, residiria na perturbação cognitiva precedente à alteração afectiva, sendo responsável pela sua manutenção. Antes do desenvolvimento da disforia e da depressão, a pessoa afectada fará uma interpretação errada da realidade através de um filtro (*screen*, tela) cognitivo negativo (Henkel, Bussfeld, Möller, & Hegerl, 2002).

Outro teórico pertinente para as teorias etiológicas da depressão é Seligman, que propôs a teoria do “desamparo aprendido”. Segundo esta (observada a partir de experiências com cães, onde lhes eram administrados choques eléctricos sem relação com o seu comportamento, dificultando a fuga ou o evitamento), seria a experiência da incontrolabilidade dos eventos e, como consequência, a expectativa de que nenhuma acção

poderia controlar os resultados no futuro, que conduziria à produção de sintomas de desamparo.

Outra teoria importante comumente referida, é a teoria da “desesperança da depressão”, proposta por Abramson e colaboradores. Aqui, o estilo de atribuição negativo é postulado como factor de risco importante para uma constelação específica de sintomas depressivos (que de resto, se sobrepõem aos sintomas para a depressão propostos no DSM-IV).

As teorias referidas, poderão ser consideradas *clássicas*, já que sofreram poucas reformulações ao longo dos tempos, desde a sua formulação e exploração. Contudo, outros se têm vindo a dedicar ao fenómeno, propondo diferentes mecanismos e racionalizações. Passaremos em seguida, a expor algumas destas ideias, para nós, mais contemporâneas, como o são as ideias da Hierarquia Social, proveniente de uma perspectiva evolucionária assumida.

2.2. PERSPECTIVA EVOLUCIONÁRIA

“(...) in any asymmetrical society there are potentially more losers than winners...”
(Price, 1996).

Na pequena revisão elaborada por Gilbert (2006), sobre algumas teorias evolucionárias sugeridas para a explicação da depressão (enquanto “desligar” do afecto positivo), o autor sugere que esta perturbação emerge a partir da activação de estratégias defensivas que evoluíram em períodos pré-humanos. Os nossos cérebros parecem estar programados para “desligar” o afecto positivo em contextos de vinculação e afiliação pobres. Adicionalmente, as pessoas competem por recursos sociais e quando esta competição corre mal (quando as pessoas pensam que falharam, e/ou que são inferiores, sentem vergonha e derrota), especialmente em contextos de percepção de ambientes sociais que não prestam apoio e o “esquema” construído acerca dos outros é negativo, a depressão pode ser despoletada. Os stressores sociais, sobre a forma de ataques sociais, inseguranças sociais e comportamento de elevada competição, derrotas e falta de relações afiliativas, são fontes chave de estados depressivos em roedores, macacos e humanos. O “desligar” defensivo do afecto positivo nestes contextos, parece fazer parte de um design evoluído de superação (Gilbert, 2006).

Existem, portanto várias teorias que consideram ser vantajoso “desligar” o afecto positivo e aumentar os sentimentos negativos. Também Nesse (2000), declara que a explicação evolucionária emerge das tentativas de identificação da forma como as características de situações improfícuas, nas quais o esforço da prossecução dos objectivos pode resultar em perigo, perda, danificação corporal, ou esforço desperdiçado. Em situações

deste tipo, o pessimismo e a falta de motivação pode oferecer uma vantagem adaptativa, pelo facto de inibir certas acções, especialmente desafios fúteis ou perigosos contra figuras dominantes, acções sem que um recurso crucial ou plano viável estejam presentes ou esforços que pudessem danificar o corpo, por exemplo.

Segundo Gilbert, (2006), estas teorias podem ser agrupadas em teorias não-sociais e sociais.

De entre as teorias “não-sociais”, destacam-se a teoria de Seligman anteriormente citada, sobre o “desamparo aprendido”. Na mesma linha, outros autores consideram o “encurralamento” (*entrapment*) como a base da depressão: associada à elevada motivação para escapar ao evento aversivo está um sentimento de encurralamento, sem escape possível, o que despertaria o afecto negativo, o “baixar as armas” (Gilbert & Allan, 1998).

As teorias sociais da depressão admitem, por seu turno, que o controlo constitui-se numa dimensão saliente do humor, contudo as pessoas não podem equacionar quais serão os stressores sociais e não-sociais.

Algumas teorias sociais têm-se focado nos reguladores do humor em contexto de conflito social e na forma como animais subordinados e dominantes regulam os seus conflitos. Estas têm sido referidas como as teorias de hierarquia social da depressão onde a subordinação involuntária está altamente relacionada com a depressão (este modelo foi desenvolvido por Price, que denotou em observações etológicas precoces, que os estados depressivos ocorrem em animais e humanos que foram derrotados ou perderam o seu estatuto (*rank*), e em subordinados que são regularmente atacados/molestados ou ameaçados por animais mais dominantes, não podendo escapar. Isto foi igualmente observado através de medidas fisiológicas de animais subordinados (medidas de cortisol onde se observou que os subordinados estavam mais “stressados” e levavam mais tempo a recuperar, fisiologicamente, comparados com dominantes). Tais dados, revelados a partir do estudo de perfis de subordinados, podem espelhar trabalhos que demonstram que a depressão e o suicídio estão relacionados com o (baixo) estatuto sócio-económico, especialmente nos homens (Taylor, Page, Morrell, Harrison, & Carter, 2005).

As percepções de derrota e inferioridade podem não estar directamente relacionadas com conflitos sociais interpessoais (relacionais), mas antes com a percepção de falhanço na capacidade de “competir” por recursos (sociais), tais como relações de suporte, sexuais, obter empregos valorizados ou obter recursos materiais suficientes para reduzir o stress das dificuldades de vida crónicas, como, por exemplo, a pobreza. (Gilbert, 2006).

Observar a forma como os indivíduos estão “espalhados” por diferentes grupos sociais passíveis de serem categorizados segundo uma “hierarquia”, ainda que teórica, constituir-se-á

no terreno primário ideal para verificar alguma não-falsificabilidade destas teorias. Verificar se essa distribuição se associa com a declaração de sinais e sintomas depressivos, segundo metodologias suficientemente robustas (à luz do paradigma científico actual), que incluem amostragens fiáveis, construtos e instrumentos válidos, colocará o nosso olhar numa perspectiva epidemiológica necessária, reforça-se, primeira linha para discussão e descrição de potenciais medidas interventivas e preventivas. Cabe-nos então, referir como alguns destes (estudos epidemiológicos) estão desenhados para avaliar o assunto do presente estudo, que metodologias consideram adequadas e as evidências que encontram.

3. ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS DE BASE POPULACIONAL

Seguidamente, apresentaremos algumas notas acerca dos conceitos tratados e da sua utilização em diferentes áreas de investigação. Referimo-nos à ideia de estratificação social e às principais medidas utilizadas, sobretudo em estudos de cariz epidemiológico, para quantificar possíveis níveis de estatuto socioeconómico. Abordamos igualmente os modelos teóricos que uma recente Epidemiologia Social disponibiliza e apresentamos algumas evidências específicas, relevantes para os nossos objectivos.

3.1. METODOLOGIAS UTILIZADAS

As sociedades desenvolvem e mantêm sistemas de estratificação social através de várias dimensões (Galobardes, Lynch, & Smith, 2007), uma das quais, a estratificação de acordo com as condições socioeconómicas. Estes sistemas de estratificação determinam, em parte, que recursos e bens são distribuídos e acumulados ao longo do tempo por diferentes grupos sociais. Uma distribuição desigual de recursos e bens sociais, levam a diferentes níveis de vantagens económicas, políticas, sociais e culturais entre os grupos, o que pode, por sua vez, ser traduzido em diferenças na saúde.

Não serão aqui descritas de forma aprofundada as principais características metodológicas que caracterizam os estudos epidemiológicos de base populacional dedicados à exploração destes determinantes sociais da saúde. Contudo, dada a natureza dos dados analisados neste trabalho e as hipóteses levantadas, revela-se-nos pertinente clarificar alguns conceitos referentes às variáveis habitualmente utilizadas neste tipo de investigação e às implicações interpretativas que a descrição destes dados permite.

Existem várias formas de descrever e medir as condições socioeconómicas. Termos como classe social, estratificação social ou estatuto social ou socioeconómico, são muitas vezes usados como sinónimos, independentemente das diferentes bases teóricas de onde provêm, com diferentes interpretações.

Muitos dos conceitos que subjazem à utilização da posição socioeconómica em investigação epidemiológica, têm a sua origem nos trabalhos de Karl Marx e Max Weber. De acordo com Marx, a posição socioeconómica seria inteiramente definida pela “classe social” e, portanto, um indivíduo seria definido pela sua relação com os “meios de produção”.

As classes sociais e as relações entre classes são caracterizadas pelo conflito inerente entre trabalhadores explorados e os seus patrões exploradores que controlam os meios de produção. Isto seria uma relação puramente estrutural, exógena ao indivíduo, e estaria no cerne do sistema capitalista de apropriação de lucros da produção, o que levaria à exploração e alienação dos trabalhadores (Estanque & Mendes, 1998).

Em contraste com Marx, Weber sugeriu que a sociedade estaria hierarquicamente estratificada de acordo com várias dimensões (entre as quais a classe social, mas não apenas essa linha), que criariam grupos cujos membros partilhavam uma posição comum com oportunidades de vida similares. Estas “oportunidades de vida” seriam activamente criadas pelos indivíduos, através das suas capacidades para beneficiar das trocas em termos das suas habilidades, atributos e educação, colocando-os em vantagem no mercado de trabalho. As ideias de Weber sobre a estratificação social estão por detrás da utilização de múltiplos indicadores, tais como a escolaridade, ocupação e rendimento, enquanto medidas destas dimensões. Este autor coloca uma maior ênfase na acção humana passível de criar activamente oportunidades de vida, enquanto Marx tem uma abordagem mais estrutural que sublinha a imposição das oportunidades de vida para aqueles que, acidentalmente (porque já estavam à nascença ou por outro motivo maior), se encontram em diferentes classes sociais (Galobardes, 2006).

Aqui, incluímos as abordagens de Marx e Weber para a compreensão da relação entre circunstâncias socioeconómicas e saúde. De forma breve: as relações sociais e estruturais entre os grupos de uma sociedade são largamente baseadas nas circunstâncias materiais determinadas pelas relações que estes grupos mantêm com os sistemas de produção económica. Grupos “vantajosos” controlam os recursos (sejam eles materiais, económicos, políticos, sociais ou culturais) de uma forma que exclui, domina e explora aqueles em posições menos vantajosas. Esta relação com a produção económica é um determinante importante de estilos de vida específicos e comportamentos observados dentro de cada grupo, que se tornam “a identidade” da localização de cada grupo na estrutura social. Este esquema de distribuição desigual e controlo sobre os recursos que pode resultar em padrões sociais de exposição que, por sua vez, actuam em diferentes etapas do ciclo de vida, é uma forma útil de compreender de que forma as exposições resultam em distribuições desiguais de doença em diferentes grupos de uma sociedade (Galobardes, 2006).

Pretendemos, portanto, usar o termo posição socioeconómica, referindo-nos aos factores económicos socialmente derivados que influenciam qual a posição que os indivíduos ou grupos ocupam numa estrutura de sociedade multi-estratificada.

Em Portugal, importa fazer referência ao ambicioso estudo de Estanque, Mendes e colaboradores (1998). Baseados e reproduzindo o modelo e métodos usados por Erik Olin Wright, as classes sociais são definidas em linhas que tentam alguma conciliação entre os velhos debates de categorização, consolidando-se numa análise assumidamente neomarxista. Ainda que recorrendo a conceitos clássicos de exploração e opressão existentes em sociedades “capitalistas”, como explicativos das diferenças de classes, os autores, exploram de forma empírica diferentes construtos das classes sociais portuguesas, revendo os estudos sociológicos anteriormente feitos em Portugal e usando a metodologia (que permitiu posterior comparação) proposta por Wright e adoptada em vários países do mundo. Assim, após avaliarem 1101 participantes, da população activa (entre os 18 e os 70 anos de idade) de todo o país em 1995, sobre várias características que permitem a sua estruturação em estratos socioeconómicos (de entre as quais se contam as variáveis preponderantes da situação profissional, escolaridade e rendimentos), os autores concluem que a sociedade portuguesa, assim perspectivada, parece confirmar “o pressuposto marxista de que a posse da propriedade privada dos meios de produção, bem como de poder e autoridade (de que dispõem, por um lado, os detentores do capital e, por outro, os detentores de recursos e qualificações escassas), ou seja, a posição de classe tem implicações directas no acesso aos recursos e privilégios distribuídos na sociedade. Seja através da extracção de mais-valia na esfera produtiva, seja pelo acesso a oportunidades de vida diferenciadas que a dinâmica do mercado ajuda a estruturar, o bem-estar de uns tem como consequência a exploração e exclusão de outros.” (Estanque, 1998, p. 205). Esta aplicação afigura-se-nos como pertinente ao presente estudo: não teria sentido perspectivar num prisma epidemiológico uma comparação entre grupos, se nada indicasse que essa estratificação fosse válida para a sua definição². Mas resta a

² Segundo Almeida, Costa e Machado (1990), na sociologia das classes sociais e da estratificação, a maior parte das propostas teóricas e dos procedimentos operatórios que surgiram desde meados do século XX inclui, na análise das sociedades contemporâneas, algum tipo de especificação das dimensões escolares/educacionais. Para alguns autores de referência nesta área, tais dimensões são tidas em conta, sobretudo, no plano das qualificações e certificações de alcance profissional. Estes autores, desenvolvem há vários anos trabalho nesta área, no âmbito do *Observatório Permanente sobre a Juventude Universitária*. Desenvolveram um modelo analítico que articula quatro elementos básicos: espaço social das classes, biografias de classe, configurações culturais, sistemas de disposições. Neste, as variáveis de caracterização de classe podem ser tomadas como indicadores, tanto das distribuições relacionais de posições sociais (espaço social das classes) como das inserções e trajectos de cada indivíduo, ou conjunto de indivíduos, no espaço das relações de classe (biografias de classe). E as variáveis referentes a valores culturais e representações simbólicas são utilizáveis como indicadores quer de sistemas simbólico-ideológicos que se vão formando e transformando a nível societal (configurações culturais), quer dos sistemas cognitivos e valorativos que indivíduos e grupos vão interiorizando e accionando, de modo mais

operacionalização e conseqüente associação com o indicador de saúde mental que nos importa.

Não se afigura como útil ou teoricamente enriquecedor, a procura do “melhor” indicador de posição socioeconómica. Cada indicador enfatizará um aspecto particular da estratificação social, que pode ser mais ou menos relevante para diferentes medidas, neste caso, de saúde, e em diferentes fases do ciclo de vida. Por outro lado, a maioria dos indicadores de posição socioeconómica estão, a diferentes níveis, correlacionados uns com os outros, pois todos medem aspectos da estratificação socioeconómica subjacente (Galobardes, 2006).

Tentamos seguidamente fazer uma breve descrição dos principais indicadores utilizados e o que habitualmente descrevem.

A *Educação*, é frequentemente utilizada como indicador genérico da posição socioeconómica em estudos epidemiológicos e pensa-se poder captar os recursos relativos ao conhecimento dos indivíduos. Na perspectiva do “curso de vida”, a educação mede a transição da posição socioeconómica da infância (medida de acordo com a escolaridade dos pais) para aquela que será a do indivíduo. O nível escolaridade de um indivíduo, capta os aspectos das oportunidades sociais para a educação, as escolhas dos pais e os constrangimentos passíveis de influenciar as circunstâncias socioeconómicas dos seus filhos, uma vez que a educação será um forte determinante do futuro emprego e rendimentos do indivíduo. (Galobardes, 2006).

A *ocupação*, por seu turno, é largamente usada, sobretudo no Reino Unido, onde vários esquemas conceptuais de criação de grupos profissionais foram criados, para captar diferentes aspectos inerentes às ocupações. Exemplos destes esquemas são o Registrar General’s Social Classes (baseado no prestígio das ocupações, definindo 6 grupos hierarquicamente organizados), o Erikson and Goldthorpe class Schema (baseado nas características relacionais dos empregos, tais como os acordos contratuais, grau de

implícito ou mais reflexivo, na prática social (sistemas de disposições), (Machado, Costa, Mauritti, Martins, Casanova, & Almeida, 2003).

Importa ainda referir que o estudo das classes e estratificação em contexto nacional, é igualmente constatável nas obras de Dulce Maria Magalhães (1994, cit por Roldão, 2009), Almeida (1994 cit por Roldão, 2009), Benavente, Rosa, Costa e Ávila (1996 cit por Roldão, 2009), Villaverde Cabral (1998 cit por Roldão, 2009), Elísio Estanque e José Manuel Mendes (1997 e 1999 cit por Roldão, 2009) e Maria Cidália Queiroz (2005 cit por Roldão, 2009). A questão da mobilidade social foi também tema de investigação de Almeida, Costa e Machado (1994 cit por Roldão, 2009), Magalhães (1994 cit por Roldão, 2009), Costa e Machado (1998 cit por Roldão, 2009), Cabral (1998 cit por Roldão, 2009), Estanque e Mendes (1997 e 1999 cit por Roldão, 2009) e Queiroz (2005 cit por Roldão, 2009). Nestes autores, são debatidos os processos de mobilidade intergeracional e intrageracional (ascendente e descendente), as trajectórias de classe, relações inter e intra-classistas, as atitudes de classe, os impactos da mobilidade social, as permeabilidades das fronteiras de classe, e as grandes tendências de evolução da estrutura de classes em Portugal.

independência das funções, delegação de autoridade, etc, não sendo definida nenhuma hierarquia clara, apesar de permitir correspondência com classificações hierárquicas), Wright's Social Class Scheme (baseado no princípio Marxista da relação com os meios de produção – anteriormente citada pela sua utilização no estudo português de Estanque e colaboradores), entre outras existentes (Galobardes, 2006).

Os *rendimentos* e a *riqueza* são os indicadores que mais directamente medem as circunstâncias materiais. Apesar da posse de dinheiro, por si só, não parecer afectar directamente a maioria dos estados de saúde. Contudo, a forma como o dinheiro e os recursos são usados para fornecer ambientes promotores de saúde (profissionais e residenciais), permitir o consumo de comodidades que melhoram a saúde (alimentação, exercício) e facilitar o acesso a serviços de saúde, tem um importante efeito na saúde. Na investigação em saúde, o rendimento é interpretado como influenciando a saúde, primariamente, através do efeito directo nos recursos materiais que influenciam factores mais proximais na cadeia causal, tal como os comportamentos. Contudo, a associação entre rendimentos e a saúde pode dever-se a causalidade inversa, em que as pessoas com pior saúde poderão sofrer perdas de rendimento, o que parece ter algum suporte proveniente de estudos descrevendo as desigualdades observadas em doentes do foro mental (Dohrenwend, ShROUT, Schwartz, Naveh, Link, Skodol, & Stueve, 1992; Muntaner, Eaton, Miech, & O'Campo, 2004)

A utilização de indicadores de posição socioeconómica ao nível da área é feita, sobretudo, quando o objecto de análise não é o indivíduo, mas a posição socioeconómica de uma área geográfica. Esta abordagem torna-se particularmente útil para a avaliação da distribuição geográfica das desigualdades socioeconómicas e para as políticas de saúde e fornecimento de serviços de saúde específicos para diferentes locais. Ao tomar-se o local enquanto unidade de análise, permite-se a descrição e consideração das pessoas que lá habitam, a sua história, classe, a acumulação de capital do local e todos os factores que podem influenciar a saúde. De igual forma, estes indicadores ao nível da área têm sido usados para determinar, especificamente, o efeito que as circunstâncias socioeconómicas da área têm na saúde mental, para além da posição socioeconómica individual. Este é o caso de muitos estudos feitos nos EUA (Muntaner et al., 2004) e noutros locais, onde se encontram pequenas contribuições independentes das características dos “bairros” afectando a saúde dos indivíduos, e seus comportamentos de saúde.

Será pertinente referir quais os principais mecanismos explicativos adiantados pelas teorias oriundas duma recente Epidemiologia Social, na procura das causas que sustentam as referidas desigualdades observadas ao nível dos grupos sociais considerados. Fazemos, em

seguida, uma breve incursão pelos modelos culturais e comportamentais, psico-social, materialista e a abordagem do curso de vida.

3.2. MODELOS ETIOLÓGICOS DA EPIDEMIOLOGIA SOCIAL

De acordo com uma explicação directamente comportamental, suportada por várias pesquisas no campo das desigualdades em saúde, estas existem, supostamente, porque as pessoas com menor controlo sobre as suas circunstâncias laborais, com menor estatuto e rendimentos, detêm reduzidas ou “piores” características pessoais de determinado tipo. Implicitamente, estas características podem ser lidas como versões de “inteligência”, “estilos de coping” ou resiliência pessoal. As pessoas com baixos níveis destes atributos não foram bem sucedidas o suficiente no seu percurso escolar de forma a adquirirem melhores empregos que os levariam a outras vantagens. Outra assumpção tomada por estes modelos explicativos encontra-se na premissa que as pessoas com menos dinheiro e estatuto não conseguem decifrar as mensagens de educação para a saúde lançadas pelos governos e pelos profissionais de saúde, ou não têm a “auto-disciplina” para obedecer a estas recomendações (Bartley, 2004).

As pessoas em “desvantagem social” podem também ser pensadas como tendo menor auto-controlo (ou “locus de controlo externo”), ou podem ter uma perspectiva do tempo reduzida que os levará a não perceber as consequências a longo prazo para a saúde daquilo que lhes dá prazer a curto-prazo.

Muitos estudos realizados, incluindo o importante trabalho inglês da autora Mildred Blaxter (1990), demonstram que a escolaridade relaciona-se fortemente com os comportamentos de saúde. Pessoas com maior escolaridade, maiores qualificações, são as que têm melhores dietas, fumam menos e que praticam mais exercício físico, na grande maioria dos estudos. Isto leva alguns autores a considerar uma explicação comportamental/cultural para os comportamentos: para as pessoas nas classes sociais mais “vantajosas” a educação e a saúde são consideradas prioridades e é-lhes dada maior importância.

Outro conceito que a investigação recente no campo da psicologia e neurologia veio introduzir na tentativa de completar a explicação das desigualdades em saúde e a relação encontrada entre a educação e os comportamentos, diz respeito à “auto-regulação”. Siegrist (1997), defende que o preenchimento dos papéis sociais centrais (de trabalhador, membro de uma família, cidadão activo) será responsável pela auto-regulação pessoal. A auto-regulação incorpora a noção de “feedback positivo” para o indivíduo em relação à sua aceitação e estima dentro do seu contexto social imediato e pela sociedade, de uma forma mais abrangente. A auto-regulação criaria um contacto estável entre o indivíduo e a sociedade que lhe fornece

snais dos comportamentos desejáveis, recompensando acções valorizadas. Estes sinais positivos parecem influenciar certos químicos presentes no funcionamento cerebral. Na ausência destes, são experimentadas tensões, que podem ser, até certo ponto, aliviadas com o recurso a substâncias, como açúcares e alimentos ricos em hidratos de carbono, álcool, nicotina e certas drogas “pesadas”.

Siegrist (1997), defende que quando um indivíduo é privado do acesso a papéis sociais centrais, (como acontece quando um relação íntima termina ou se perde o emprego), é removida do indivíduo uma fonte de auto-regulação. Esta análise poderia continuar, investigando-se a forma como a posição sócio-económica e suas circunstâncias estão relacionadas com o risco de tais eventos adversos. Pessoas em classes menos vantajosas estão, por definição, em empregos menos seguros. Não seria surpresa esperar que estas pessoas em classes menos vantajosas, sejam mais propensas a fumar ou a ter dietas menos saudáveis. É sabido que casais com baixos rendimentos ou vivendo com rendimentos sociais, estão mais propensos a experimentar separação e divórcio, colocando-os em risco para esta perda de “papel social”.

Uma versão recente e sofisticada da teoria comportamental/cultural emergiu na sequência de um estudo comparativo das inequidades em saúde de nações Europeias (Kunst, 1997; Mackenbach 1997, cit por Bartley, 2004). O estudo foca-se nas diferenças encontradas para a prevalência de certos tipos de comportamentos de risco para a saúde. Para surpresa de muitos, esta comparação internacional encontrou inequidades semelhantes ou maiores (dependendo da idade) entre as classes sociais, em relação à mortalidade em nações Nórdicas, ricas e igualitárias, tais como a Noruega e Suécia, comparadas com aquelas encontradas em Itália, Irlanda e Portugal. Para além disso, as desigualdades na mortalidade encontradas durante os anos 80, eram maiores na Suécia do que no Reino Unido para homens entre os 30 e os 44 anos de idade mas não eram diferentes para homens entre os 45 e os 59 anos de idade. Esperava-se, portanto, que os países com políticas mais igualitárias do ponto de vista sócio-económico, tivessem reduções substanciais e duradouras em termos das inequidades em saúde. No entanto, os dados comparativos não o suportam. Os autores acreditam existirem factores culturais, que têm sido ignorados pela investigação, e que podem estar na explicação de tais diferenças.

Um destes aspectos culturais que poderá trazer alguma “luz” a este puzzle, diz respeito à dieta das populações. Nas nações do sul da Europa, com desigualdades relativamente grandes em termos dos rendimentos das pessoas mas bons indicadores de saúde, a dieta seguida pela maioria das pessoas é saudável. E ter uma “dieta saudável” nestes locais não se trata de nenhum tipo de estilo de vida especial. Comer fruta, saladas e azeite não é visto como

nenhum tipo de escolha de estilo de vida e portanto, não está associado a nenhuma vantagem ou desvantagem social. De forma semelhante, nas nações onde existe um nível geral de consumo de álcool mais baixo, as desigualdades nas mortes relacionadas com álcool eram baixas (Bartley, 2004).

A maioria dos estudos que investigam as iniquidades em saúde, procurando as suas causas, incluem medidas de comportamentos como as anteriormente citadas. No entanto, estes comportamentos de saúde, não explicam todas as diferenças sociais encontradas.

Os estudos “Whitehall³” realizados no Reino Unido, comparam a saúde e o risco de mortalidade dos funcionários públicos de Londres em diferentes posições de emprego. A função pública britânica, segue uma organização hierárquica e considera-se que o nível (ou posto) no emprego, se constitui numa medida relativamente precisa do prestígio, do rendimento e das relações no emprego. Os padrões observados de comportamentos relacionados com saúde nestes estudos, diferiam bastante, mas tais diferenças apenas explicavam cerca de um quarto das diferenças no risco de morte, num período de sete anos (Marmot, 1989, cit por Bartley, 2004).

Para além destes estudos indicarem que se deve olhar para outros factores que não o fumar, a dieta e o exercício praticado, na explicação das diferenças em saúde entre os grupos sociais mais e menos “avantajados”, estas diferenças parecem ser demasiado grandes para serem explicadas apenas por “factores puramente materiais”. Uma alternativa tomada e amplamente investigada diz respeito aos modelos de risco psico-social, que defendem a inclusão de factores psico-sociais na explicação das diferenças entre grupos sociais. Estes factores incluem o suporte social, o controlo e autonomia no trabalho, o balanço entre o lar e o trabalho e o balanço entre os esforços e as recompensas.

Outra razão apontada para a inclusão de outras variáveis para além das materiais, reside no facto de se observar sistematicamente, de estudo para estudo, de país para país, uma gradação constante dos grupos “superiores” na hierarquia para os “inferiores” e não um grupo de pessoas muito pobres numa das extremidades com má saúde e todos os restantes grupos com “boa saúde”.

As respostas clássicas de “fuga ou luta” a ameaças externas, comuns a animais e humanos, estão por detrás de uma linha de investigação que incluimos nestes modelos psico-sociais de explicação das desigualdades.

³ O estudo Whitehall originalmente pretendeu investigar os determinantes sociais de saúde, especificamente a prevalência de doença cardiorespiratória e as taxas de mortalidade dos funcionários públicos, homens, ingleses, com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos. O estudo inicial (Whitehall I) foi conduzido durante 10 anos, com início em 1967. A segunda fase do estudo (Whitehall II), examinou 10308 funcionários públicos com idades entre os 35 e 55, sendo 2/3 homens e 1/3 mulheres, e teve início em 1985 (Hemingway, Nicholson, Stafford, Roberts, & Marmot, 1997).

O corpo recebe mensagens de alarme provenientes do cérebro que podem ser pensadas como activando um de dois “circuitos de resposta”: o simpático-adrenomedular e o hipotálamo-pituitário-adrenocortical. Ambos os circuitos envolvem a glândula adrenal, localizada próxima dos rins. O circuito adrenomedular envolve uma estrutura dentro da medula adrenal, uma das camadas internas da glândula, enquanto o circuito “cortical” envolve a camada exterior do córtex.

É talvez o circuito simpático-adrenomedular aquele que se encontra mais próximo das ideias populares que existem sobre as resposta de fuga ou luta. Esta reacção envolve o sistema nervoso simpático que, balanceando com o sistema nervoso parasimpático, é responsável por muito daquilo que se passa no corpo, de uma forma rotineira, sem que exista consciência do seu funcionamento. Eles governam a velocidade dos batimentos cardíacos, a resposta a mudanças na temperatura exterior e o pH (acidez) do sangue, por exemplo. A estimulação nervosa simpática, liberta adrenalina da medula adrenal e, ao mesmo tempo, as próprias terminações dos nervos simpáticos libertam noradrenalina. Isto estimula a libertação de fibrinogénio para a corrente sanguínea, uma substância que facilita a coagulação do sangue. Ao mesmo tempo, a frequência cardíaca e a pressão sanguínea aumentam, e os capilares estreitam. Isto preveniria a perda sanguínea no caso de um ferimento, mas também tem o efeito de aumentar a pressão sanguínea (Bartley, 2004).

No passado evolucionário do homem, à actividade violenta seguir-se-ia a activação da resposta de luta ou fuga. A adrenalina permanece no sangue apenas por alguns minutos. A actividade física vigorosa que se seguiria (lutando ou fugindo) “queimaria” o excesso. Assim que isto terminasse, se a pessoa sobrevivesse, o sistema nervoso parasimpático rapidamente levaria o corpo a um estado de funcionamento normal. Contudo, sob condições modernas, sentimentos de medo ou raiva têm de ser suportados. Os exemplos comumente dados são ficar preso num engarrafamento automobilístico ou ser maltratado por um superior no trabalho. Não existem perspectivas de se poderem tomar acções físicas perante eventos deste tipo. Mesmo quando o escape é possível, é muitas vezes, feito sem esforço físico. A exposição a níveis prolongados de stress é considerada, por muitos, como restabelecendo a pressão sanguínea a níveis cronicamente elevados, o que trará consequências nefastas (Bartley, 2004).

O segundo circuito é o hipotálamo-pituitário-adrenocortical (eixo HPA). Um dos mais importantes elos nesta cadeia de reacção diz respeito à libertação de cortisol. As mensagens hormonais viajam do hipotálamo para a glândula pituitária. Esta, segrega e liberta para a corrente sanguínea uma hormona que estimula o córtex adrenal, que, por sua vez, faz libertar o cortisol para o sangue. O cortisol e outras hormonas relacionadas, designadas glucocorticóides, regulam vários aspectos do metabolismo humano, sob condições normais.

Para a presente explicação, a acção mais importante diz respeito ao aumento da energia que podemos dispensar pela mobilização de açúcares e gorduras na corrente sanguínea. Se a situação “stressante” resultar em actividade violenta, estas gorduras e açúcares serão “queimadas” como terá sido no nosso passado evolucionário. Mas no engarrafamento de trânsito, isto não acontecerá. Como consequência, em pessoas susceptíveis, as gorduras e açúcares acumular-se-ão no sangue criando substâncias que tornarão os vasos sanguíneos mais estreitos. O fibrinogénio presente, contribuirá para uma eventual criação de pequenos coágulos que poderão entupir os vasos sanguíneos, levando a ataque cardíaco (Bartley, 2004).

Pensa-se que os glucocorticoides também afectarão directamente o humor. Existe uma doença rara, chamada Síndrome de Cushing, em que o corpo produz demasiado cortisol e os doentes experimentam profundos sentimentos de ameaça e depressão, independentemente dos seus ambientes sociais. Isto levou com que alguns investigadores procurassem e encontrassem relações entre a depressão e posteriores doenças cardíacas. Muitos estudos têm demonstrado que as pessoas em grupos sociais menos vantajosos têm maior pressão sanguínea e maior fibrinogénio (Siegrist et al., 1997).

A investigação até à data realizada, que tenta usar factores psico-sociais nas suas explicações das desigualdades observadas em saúde, têm utilizado medidas provenientes de três grandes esferas da vida: o lar, o local de trabalho e a comunidade.

O suporte social é talvez o factor mais classicamente estudado, enquanto causa social da doença. É muitas vezes acoplado a outros factores de stress e interpretado enquanto um “factor aliviador”.

Na maioria dos estudos longitudinais, observa-se que as pessoas que têm boas relações com membros da sua família e com amigos, e que participam em actividades comunitárias (como ir à igreja regularmente, por exemplo), têm uma maior esperança de vida do que aqueles sujeitos mais isolados. Não se trata apenas de as pessoas mais alegres e sociáveis dizerem que se sentem melhores, há, de facto, evidência de que isso tem impacto na sua vida e saúde, melhorando-a.

Outros estudos testaram se a combinação de elevadas exigências sobre o trabalhador com pouco controlo sobre as tarefas levadas a cabo, as competências utilizadas, ou o ritmo do trabalho, poderiam estar relacionadas com o risco de doença cardíaca. As exigências e o controlo, são usualmente medidas de acordo com um conjunto de questões baseadas no trabalho de Robert Karasek (Bartley, 2004). A combinação de elevadas exigências e pouco controlo sobre a situação de trabalho é também chamada de “tensão laboral” (*Job strain*). As reacções a esta tensão laboral, podem, muito bem incluir alguma variedade das respostas de fuga, luta ou derrota anteriormente descritas. Contudo, os resultados dos estudos realizados

até ao momento com estas variáveis têm sido inconsistentes, sobretudo devido a questões metodológicas.

Johannes Siegrist e colaboradores (1997) na Alemanha, desenvolveram o conceito de desequilíbrio esforço-recompensa (ERI – *effort-reward imbalance*) em relação à saúde. Vários estudos demonstraram que trabalhadores que experimentam elevados esforços em combinação com reduzidas recompensas sob a forma de pagamentos, segurança, aprovação pelos superiores e hipóteses de promoção, tendem a ter maior pressão sanguínea e fibrinogénio e um tipo sanguíneo “gordo” mais adverso.

Em termos teóricos, o conceito de ERI pode estar relacionado com os conceitos de prestígio e estatuto assim como à classe social. A segurança laboral é uma das maiores formas de “recompensa” cuja ausência actua como factor de risco no modelo de Siegrist. Nestes estudos, é mostrado explicitamente que um dos aspectos mais stressantes acerca do desequilíbrio é o sentimento de que a progressão na carreira não coincide com a quantidade de esforço colocado no trabalho. Não é tanto o controlo sobre o que se passa no ambiente de trabalho que importa a esta abordagem, mas antes a falta de reconhecimento dos próprios esforços. Portanto, o modelo ERI pode ser visto como levando-nos para além do modelo das respostas de luta ou fuga, para o território do estatuto. As recompensas pelo trabalho feito, quer sob a forma de rendimentos ou promoção, podem ser significativas para o indivíduo devido ao que permitem que este sinta acerca do seu lugar na hierarquia social. A questão de qual será mais importante, se os bens materiais, as relações e condições de emprego ou o estatuto numa hierarquia social, é importante mas ainda se mantêm por responder na investigação das desigualdades na saúde.

Outro modelo, o materialista, apesar de ser um dos mais antigos (os primeiros dados acerca da interpretação “materialista” para as desigualdades em saúde datam do primeiro Black Report, no Reino Unido editado em 1980), não existem muitos estudos realizados. Aqueles que o fazem, usualmente mostram que a saúde é pior e a esperança de vida inferior, para pessoas que têm, ou para as quais se pode assumir razoavelmente que tenham, baixos rendimentos.

Um aspecto importante demonstrado por estes estudos é a presença do já referido, gradiente: por cada “ponto” a menos no rendimento medido individualmente (ou como rendimento médio de uma área de residência), resulta um “ponto” a menos em termos de saúde, desde as categorias mais altas às mais baixas (Marmot, 2005).

A quantidade de dinheiro que alguém ganha numa determinada altura, pode ser analisada de duas formas. O dinheiro compra coisas, algumas das quais podem ser importantes para a sua saúde. Mas o dinheiro também funciona como indicador da posição

onde alguém está na estrutura de poder e, com isso, de oportunidades de vida na sua sociedade. Poderá ser o poder de controlar o que acontece no dia-a-dia aquilo que se terá de observar com maior atenção. Existem grandes diferenças nas capacidades que as pessoas possuem estando em diferentes posições na estrutura social, para evitar uma grande variedade de potenciais mazelas. Isto varia em coisas como ter de aceitar um emprego perigoso a ter de viver numa área poluída. E a capacidade para a pessoa se proteger destes perigos pode surgir de várias formas, desde ter pais que estavam confortáveis durante a sua juventude até ter uma boa reforma. A resposta para o gradiente observado pode residir na compreensão de como diferentes combinações destes tipos de vantagens se arranjam ao longo do curso de vida de um indivíduo (Bartley, 2004).

Finalmente, falta-nos referir a abordagem do curso de vida, que surge nos anos 80, à medida que novos estudos longitudinais foram mostrando resultados e novas ideias foram surgindo. Por muitos dos estudos terem demonstrado um gradiente fino na saúde dos diferentes grupos socioeconómicos, alguns autores desenvolveram a ideia da saúde observada na idade adulta dos indivíduos, se dever a uma complexa combinação de circunstâncias que têm lugar ao longo do tempo (Lync., Kaplan, Cohen, Kauhanen, Wilson, Smith, & Salonen, 1994). Em vez de se falar em selecção, os investigadores começam a falar em acumulação de desvantagens. Se as pessoas provenientes de meios sociais menos privilegiados não têm grande sucesso na sua educação, e se estão menos equipados para o futuro sucesso social, será que isto deve ser visto apenas como resultante de “características pessoais” com as quais nasceram? É igualmente plausível pensar-se nestes processos como uma tendência para a desvantagem, incluindo a desvantagem envolvida no facto de se desenvolver determinado tipo de respostas psicológicas, que se acumulam ao longo do tempo.

Outra mais-valia deste tipo de abordagem reside no facto de considerar mais do que uma causa ou caminho para as diferenças sociais encontradas em termos de saúde.

Na sua primeira forma, esta linha de investigação tentou perceber se as diferenças na saúde entre pessoas pertencentes a diferentes grupos sociais, poderiam ter sido devidas a algo que acontecera anteriormente nas suas vidas, tem em conta o seu trajecto de vida. Por exemplo, se as pessoas dos grupos sociais mais vantajosos têm uma esperança média de vida de 5 anos superior comparados com pessoas de grupos sociais menos vantajosos, será que isto se deve ao facto dos dois grupos terem diferentes níveis de escolaridade? A diferença para as outras abordagens reside no facto de medir de forma efectiva o curso de vida do sujeito, medindo, por exemplo se os pais dos indivíduos de grupos mais vantajosos, com mais escolaridade, tinham melhores rendimentos financeiros que os pais dos sujeitos de grupos menos vantajosos.

Outros investigadores procuram “períodos críticos”, isto é, se algum evento adverso ocorre numa determinada idade, o seu efeito na saúde, mais tarde, será maior. Outros ainda procuram a acumulação de factores adversos, ou até a sua interacção (alguns eventos só serão adversos a determinados grupos de pessoas que tiveram uma qualquer exposição no passado que os fizera vulneráveis, enquanto outros não o serão), ou ainda diferentes “vias” de desenvolvimento de vulnerabilidades (utilizando o exemplo de Bartley (2004), alguns estudos mostram que mulheres com altos níveis de educação têm maior risco de desenvolver cancro da mama – será pouco provável que a educação cause o cancro, mas antes que a sua vida educacional as tenha levado a ter filhos mais tarde, se algum, o que, hormonalmente, se relaciona com o desenvolvimento do cancro da mama).

Outra ideia resultante destes estudos, é a da selecção indirecta. As diferenças na saúde entre adultos de diferentes grupos sociais seriam devidas a características psicológicas presentes na infância que tendem a favorecer as posições sociais mais vantajosas e uma melhor saúde.

No fundo, o que os autores testam, são os efeitos em termos de comportamento que diferentes grupos têm, e que são benéficos ou não para a saúde. Estes comportamentos são mais ou menos característicos de determinados tipos de personalidades. E estes tipos de personalidade, desenvolvem-se mais comumente em determinados tipos de ambientes sociais (a hipótese seria que uma infância socialmente “desvantajosa” leva a uma personalidade que se traduz em comportamentos que colocam a saúde em risco, contrariamente a personalidades “criadas” em ambientes sociais “mais ricos” que levam a comportamentos mais saudáveis).

Um dos únicos estudos existentes testando estas hipóteses foi realizado por uma equipa holandesa. Os autores demonstraram que a desvantagem observada na infância, relaciona-se com o locus de controlo, neuroticismo, piores estratégias de coping e outros atributos personalísticos desfavoráveis. Cerca de metade da relação entre a posição social na infância e a saúde auto-declarada na idade adulta, pôde ser explicada pelo facto das pessoas com infâncias desvantajosas não serem tão boas em termos de coping. Serem mais “neuróticas” e mais propensas a não se sentirem com controlo sobre as situações (locus de controlo externo) (Bosma, Van de Mheen & Mackenbach, 1999).

Outra investigação importante, foi aquela realizada por Lynch e colaboradores (1994) com os dados de 2600 homens Finlandeses. Aqui, os rendimentos foram usados como medida da posição socioeconómica. Observaram que os homens que “sofreram” de pobreza na infância e na idade adulta tinham pior saúde do que aqueles que eram pobres durante a

infância mas mais afluentes na idade adulta (houve mobilidade em termos da posição socioeconómica).

Da mesma forma, o facto de ter passado por uma infância pobre, só fazia diferença para aqueles que permaneciam em “desvantagem” na idade adulta. Isto leva alguns autores a pensar em factores de risco cumulativos para a saúde dos adultos, sendo um deles, uma infância desvantajosa e o tempo que esta desvantagem permanece na vida do indivíduo.

Resta-nos ensaiar uma síntese da evidência encontrada nos mais recentes estudos publicados, nas revistas científicas disponíveis. Organizamos o ponto seguinte de acordo com os principais estudos consultados, que incidem sobre o assunto em estudo, excluídos aqueles cujas características metodológicas, amostrais, culturais ou linguísticas, foram considerados pouco relevantes. Desta forma, citamos investigações epidemiológicas de tipo transversal, seguidos dos estudos longitudinais, meta-análise, para finalizar com referência aos estudos que evidenciam as desigualdades procuradas ao nível da *área*, de cariz ecológico mais marcado, sempre centrados na associação entre factores socioeconómicos e sintomas depressivos.

3.3. EVIDÊNCIAS DO GRADIENTE SÓCIO-ECONÓMICO (DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS E SINTOMAS DEPRESSIVOS)

O modo pelo qual as variáveis sócio-demográficas condicionam a prevalência de doença mental em cada sexo, aparenta ser de cariz cultural, devendo ser interpretada sob a luz das idiosincrasias comunitárias (Vázquez-Barquero, & Hérran, 2000).

Existem três importantes documentos, que, nos últimos anos, contribuíram para a renovação da preocupação da saúde mental enquanto problema de saúde pública global. São eles o *Global Burden of Disease*, o *World Mental Health Report* e o *World Health Report* de 2001 (Patel, 2007).

Para além destes, as *World Mental Health Surveys* têm produzido numerosos dados, através da utilização de entrevistas estandardizadas, acerca da prevalência das perturbações mentais e dos comportamentos de procura de cuidados em países de baixo e médio baixo rendimento. As evidências provenientes destas pesquisas mostram que, apesar das perturbações mentais serem comuns em todos os países, elas variam consideravelmente quanto à sua prevalência. Para além dos factores de cariz metodológico, a explicação mais plausível para estas variações parece ser o facto dos factores sociais serem grandes determinantes de perturbações mentais e estes variarem consideravelmente nas várias sociedades. Como tal, são três os factores de risco-chave, identificados como principais determinantes sociais das perturbações mentais: 1) A pobreza e exclusão social - pessoas que

vivem em grupos de baixos rendimentos económicos, que são menos escolarizadas, que enfrentam grandes dificuldades económicas (consequentes, por exemplo, do desemprego), estão em muito maior risco de sofrer de uma perturbação mental⁴; 2) O género influencia o controlo que os homens e as mulheres têm sobre os seus determinantes de saúde, incluindo a sua posição económica e estatuto social, acesso a tratamento e recursos na sociedade - um indicador importante pode ser observado na questão da violência doméstica⁵, que ocorre em países ricos e pobres; 3) A perda, o trauma e a deslocação como consequências da guerra ou de desastres (naturais), também frequentemente encontrados em países de baixo e médio baixo rendimento, constituem outro factor de risco para as perturbações mentais (Patel, 2007).

Na generalidade, um baixo estatuto socioeconómico está associado com uma maior morbidade psiquiátrica e baixo acesso a cuidados de saúde. De igual forma, os grupos menos escolarizados da população, têm uma maior prevalência de perturbação psiquiátrica. Contudo, ainda há alguma controvérsia quando esta associação procura analisar a depressão, dentro das perturbações psiquiátricas mais prevalentes em grupos socioeconómicos mais baixos (Lewis, Bebbington, Brugha, Farrell, Gill, Jenkins, & Meltzer, 1998).

Para além disso, a grande maioria dos estudos epidemiológicos de referência que analisam as perturbações psiquiátricas anteriores a 1980, partilham de algumas limitações comuns: a) muitos destes estudos incluem apenas doentes nas suas amostras; b) a conceptualização da perturbação psiquiátrica nem sempre é bem definida, em termos dos critérios de diagnóstico em estudo; c) usam instrumentos de despiste de sintomas que, muitas vezes, carecem da especificidade necessária para a correcta avaliação pretendida (Fryers, Melzer, Jenkins, Brugha, 2005).

Num estudo representativo da população do Reino Unido, onde foi analisada a relação entre o estatuto sócio-económico (medido através da classificação profissional e nível educacional), o nível de vida (considerado tendo em conta o acesso a viatura própria e a casa própria dos participantes) e perturbações neuróticas (ansiedade e depressão, medidos com a Revised Clinical Interview Schedule – CIS-R), tanto nos homens, como nas mulheres que tinham casa própria (e não arrendada), observou-se uma menor prevalência de perturbações neuróticas, assim como naqueles de classes sociais superiores (medidas segundo as suas profissões) e naqueles mais escolarizados. Também verificaram uma relação linear entre a frequência das perturbações neuróticas e o acesso a automóvel: a frequência era maior entre

⁴ Para além da perturbação mental poder impedir a pessoa de procurar e manter um emprego, poderá existir um ciclo vicioso de pobreza se tivermos em conta que entre 40 a 50% dos custos de tratamento de uma perturbação mental em países de baixo e médio baixo rendimento, serem suportados por dinheiro “do bolso” dos doentes.

⁵ Nesta acepção referimo-nos a *intimate partner violence*, ou a violência que ocorre entre parceiros íntimos.

as pessoas sem acesso a automóvel, intermédia para aqueles com acesso a um automóvel e mais baixa para quem tinha acesso a dois ou mais automóveis (Lewis et al., 1998) .

3.3.1. ESTUDOS LONGITUDINAIS

O estatuto socioeconómico (medido através dos rendimentos) pode reflectir ao longo do tempo, o bem-estar psicológico das pessoas, como é demonstrado no estudo prospectivo (29 anos) de Kaplan, Shema, & Leite (2008). Estes autores avaliaram 1127 sujeitos com idades entre os 50 e os 102 anos, em quatro momentos (1965, 1974, 1983 e 1994) no que concerne aos seus rendimentos e ao bem-estar psicológico ou qualidade de vida medidos em termos das dimensões propostas por Ryff: “Propósito de vida”, “Auto-aceitação”, “Crescimento Pessoal”, “Mestria ambiental” e autonomia”.

Mais recentemente, o estudo de Carter, Blakely, Collings, Gunasekara, & Richardson (2009) na Nova Zelândia, onde foram utilizadas três vagas do projecto Neo Zelandês - *Survey of Families, Income and Employment* (SoFIE), de 2002 a 2004/05 incluindo 15340 participantes, e medida a “disrupção psicológica” através da escala “Kessler-10”, onde mostram que a probabilidade de sentir alta disrupção psicológica é maior no quintil mais baixo da “riqueza⁶” (OR 3.06; 95% IC: 2.68-3.50), mantendo-se a significância estatística da associação mesmo após ajuste para a idade e sexo. Contudo, o ajuste para o rendimento e para um índice de privação da área, atenuou esta associação (OR 1.73; 95% IC: 1.48-2.04) apesar de manter a significância estatística, assim como o ajuste para o estado de saúde de base, dos participantes.

Importa igualmente referir o estudo longitudinal de Lorant, Croux, Weich, Deliège, Mackenbach, & Ansseau (2007), com 11909 participantes belgas, (*Belgium Household Panel Survey* 1992-1999), onde o estatuto socioeconómico foi medido com recurso ao nível de vida “material” à escolaridade, estatuto profissional e relações sociais. Também aqui, à medida que as condições socioeconómicas pioraram, também as medidas relativas à depressão se revelaram piores (Lorant et al., 2007).

Por fim, outro estudo longitudinal realizado no Reino Unido, encontrou resultados inconclusivos para a associação anteriormente referida (Skapinakis, Weich, Lewis, Singleton, & Araya, 2006). Com um intervalo temporal de 18 meses, 2406 participantes foram avaliados com a *Revised Clinical Interview Schedule* e divididos em dois grupos consoante o seu estado de saúde mental de base. Nenhum dos indicadores socioeconómicos estudados (ocupação classificada segundo o *UK Registrar General's classification*; escolaridade; nível de vida

⁶ “Wealth” – segundo os autores, trata-se de um indicador menos influenciado pelas mudanças económicas recentes (comparado com a ocupação, escolaridade ou rendimentos), que traduz os recursos económicos acumulados pelos indivíduos ao longo da vida.

medido através do rendimento bruto do agregado, dos valores de arrendamento e capacidade para pagar as necessidades diárias), foi significativamente associado com a presença de um episódio de perturbação mental comum no segundo momento, após ajuste para a morbilidade psiquiátrica de base. Apesar de não encontrarem associações que permanecessem fortes no sentido da predição de desenvolvimento de perturbações mentais para aqueles nos mais desvantajosos níveis socioeconómicos definidos, ao fazerem uma análise separada pelas perturbações, os autores encontraram uma associação com a depressão, que permanecia após ajuste para os sintomas psiquiátricos observados no momento inicial.

3.3.2. META-ANÁLISES

Numa meta-análise realizada por Lorant, Deliège, Eaton, Robert, Philippot, & Anseau (2003), que reviu os estudos sobre prevalência, incidência e persistência de depressão major em amostras da população geral, os autores observam que sujeitos de grupos socioeconómicos mais baixos⁷ têm uma probabilidade de odds para estarem deprimidos de 1.81, comparados com os grupos de estatuto socioeconómico mais elevado (Lorant et al., 2003).

3.3.3. ESTUDOS GEOGRÁFICOS E CLASSIFICAÇÕES UTILIZADAS

Há mais de 60 anos, os investigadores da escola de Chicago, Faris e Dunham (1939, cit por Silver, Mulvey, & Swanson, 2002) examinaram a localização dos bairros de pré-admissão de mais de 30,000 doentes psiquiátricos tratados nos hospitais públicos e privados de Chicago. Faris e Dunham encontraram taxas elevadas de esquizofrenia e de abuso de substâncias “nas regiões deterioradas dentro e ao redor do centro da cidade, independentemente da raça ou nacionalidade dos habitantes dessa região”, mas não encontraram um padrão distinto nos bairros, da distribuição das perturbações afectivas (incluindo a depressão, mania e perturbação bipolar). Os autores, argumentaram que a falta de integração social nas comunidades socialmente desorganizadas – para além das características de nível individual e das patologias – contribuíam para os comportamentos “confusos, frustrados e caóticos” que caracterizavam as perturbações mentais. Disseram também que os residentes em comunidades desorganizadas tinham dificuldades em desenvolver e manter afiliações positivas com membros familiares, vizinhos e instituições locais, aumentando assim, o sentimento de isolamento social – uma variável que Faris e Dunham afirmaram ser importante para o aparecimento e curso da perturbação mental. Contudo, os seus dados eram

⁷ O estatuto socioeconómico foi medido diferentemente nos vários estudos revistos, contudo, três variáveis ressaltam como consistentes, na seguinte ordem de frequência com que surgem: educação, rendimento e ocupação.

limitados, na medida em que só tinham acesso a dados agregados, sem controlar as variáveis individuais na estimativa dos efeitos das condições dos bairros. Contudo, foram pioneiros nesta análise, estimulando o interesse na relação entre a classe social e as perturbações mentais, crescendo para o modelo analítico que, actualmente, domina na sociologia das perturbações mentais: o modelo do stress social (Silver, Mulvey, & Swanson, 2002).

O modelo do stress social, explica que os eventos de vida stressantes e as dificuldades crónicas de vida, causam desconforto psicológico e este, por sua vez, contribui para problemas de saúde mental, particularmente entre os indivíduos que não têm acesso a suporte social adequado, como anteriormente referido. Apesar do estatuto socioeconómico individual e do estatuto socioeconómico dos bairros estar correlacionado, as investigações sobre as áreas residenciais sugerem que as condições sociais dos bairros dos indivíduos, não podem ser determinadas unicamente pelo seu estatuto socioeconómico.

Perceber os efeitos das condições dos bairros no bem-estar psicológico dos indivíduos é, talvez, mais pertinente na actualidade do que no início do século, quando Faris e Dunham fizeram o seu trabalho. Antes dos anos 60, os indivíduos com problemas de saúde mental tinham acesso e eram provavelmente tratados em “instituições totais” que os retirava das comunidades. Desde então, as políticas de desinstitucionalização reduziram significativamente o número de pessoas que podiam ser admitidas em hospitais psiquiátricos estatais e regionais, de forma prolongada (sobretudo nos Estados Unidos da América). Como resultado disso, os indivíduos com problemas de saúde mental residem em comunidades onde os cuidados psiquiátricos são fornecidos por instituições baseadas na comunidade de saúde mental (Silver et al., 2002). Assim, perceber os efeitos que as condições dos bairros têm, especificamente, no aparecimento, desenvolvimento e manutenção da depressão, poderá contribuir, não apenas na perspectiva da saúde pública para a sugestão de uma distribuição dos serviços de saúde mental, mais correcta (ou ajustada às necessidades efectivas da comunidade), como poderá adicionar alguns dados à pesquisa (científica) dos factores etiológicos desta perturbação, numa linha de investigação que se tem vindo a revelar promissora.

Na generalidade, assume-se que viver num meio urbano constitui, por si só, um factor de risco para o desenvolvimento de perturbação psiquiátrica, particularmente, para o desenvolvimento de depressão e ansiedade, que são afectadas pelo stress. No entanto, numa revisão de estudos feita por Judd, Jackson, Komiti, Murray, Hodgins, & Fraser, (2001), onde os maiores estudos epidemiológicos foram analisados, sugere a existência de dados limitados, suportando a ideia de que estas perturbações são mais prevalentes em meio urbano, comparativamente aos meios rurais. São, sobretudo, outros factores, que parecem melhor

explicar as diferenças na prevalência rural/urbano, tais como: pobreza, desemprego, sexo, estado civil, baixo estatuto socioeconómico, problemas relacionados como consumo de álcool, história de abuso sexual na infância, rede social pobre, acontecimento traumático nos últimos 12 meses, tamanho do grupo de suporte primário e percepção deste (Judd et al., 2001).

As análises intra-urbanas, tipicamente ao nível do bairro, apresentam-se como uma oportunidade para verificar se algumas características específicas de um meio urbano estão associadas com estados psicopatológicos. Alguns estudos recentes, recorrerem a técnicas multinível de análise para testar esta associação na saúde mental dos indivíduos. Contudo, até à data, os estudos têm demonstrado resultados inconsistentes. Num estudo prospectivo realizado em Nova Iorque, após o 11 de Setembro e após classificar os bairros de residência de acordo com o nível socioeconómico dos habitantes (com recurso aos seus rendimentos médios), demonstrou que a incidência de depressão (observada num período de 18 meses, foi de 14.6 por 100 pessoas), estava associada com o facto de residirem num bairro de baixo estatuto socioeconómico e ser do sexo feminino (para além da história de PTSD e viver a mais de duas milhas do World Trade Center em 11 de Setembro de 2001), (Galea, Ahern, Nandi, Tracy, Beard, & Vlahov, 2007).

No essencial, os autores demonstraram que as odds de incidência de depressão *major*, eram maiores para as pessoas que viviam em bairros pobres, independentemente das suas características individuais. Segundo os mesmos, as pessoas que viviam em bairros urbanos pobres poderão estar expostos a um maior número de stressores e ter menor acesso a recursos salutaros, quando comparadas com pessoas que vivem em bairros mais ricos. O mecanismo de explicação proposto, designado de hipótese da “vulnerabilidade diferencial”, sugeriria que indivíduos que vivem em bairros de maior privação, estão mais susceptíveis de experimentar eventos traumáticos intermitentes e stressores, sendo mais vulneráveis para estes (como violações, violência, desemprego), (Galea et al., 2007).

Finalmente, na revisão efectuada por Kim (2008), dos estudos debruçados sobre os factores etiológicos relativos aos “bairros” associados com a depressão, as evidências, parecem sugerir que as características “negativas” dos bairros (incluíram os estudos que consideraram o estatuto socioeconómico dos bairros, condições físicas dos edifícios, presença de serviços específicos, capital social e desordem social), afectam o desenvolvimento de depressão. Contudo, encontram alguns estudos demonstrando efeitos mistos, nulos e apenas um com efeitos opostos à direcção esperada dos resultados. Os autores atribuem os resultados encontrados que não suportam a hipótese esperada (da influência das características negativas dos bairros no desenvolvimento de depressão), à falta de representatividade dos estudos entre

e dentro das sociedades, ou a falhas metodológicas, incluindo a falta de controlo para outras exposições ao nível do “bairro” e individual, assim como à falta de implementação de abordagens metodológicas mais rigorosas.

A existência de desigualdades socioeconómicas na distribuição da doença mental e das perturbações depressivas em particular, sejam estas desigualdades medidas a nível individual ou adicionadas do efeito das características ambientais, mais do que reflectirem causas “externas”, parecem afigurar-se num gradiente conhecido, mas que pode revelar-se característico, se ajustado ao contexto comunitário em que é observado. À parte das vicissitudes metodológicas apontadas, que dificultam a interpretação das evidências existentes, muito poucos estudos abordam as desigualdades socioeconómicas de sintomas depressivos, tendo em conta estes dois níveis de análise: individual e ambiental. Esta inegável escassez, aliada à pobre caracterização da saúde mental em Portugal, motivou-nos a efectuar o estudo empírico que se apresenta no capítulo seguinte.

CAPÍTULO II
ESTUDO EMPÍRICO

Descrevemos neste capítulo a metodologia utilizada no âmbito do estudo empírico efectuado, para em seguida procedermos à análise e interpretação dos resultados obtidos.

1. METODOLOGIA

Este estudo tem como temática as desigualdades socioeconómicas e as manifestações depressivas auto-reportadas, por uma amostra comunitária da população adulta de uma área urbana portuguesa.

Os **objectivos** a que nos propusemos, enumeram-se da seguinte forma: descrever a distribuição da sintomatologia depressiva de uma amostra da população adulta de uma área urbana portuguesa, de acordo com as suas características socioeconómicas, operacionalizadas em variáveis habitualmente utilizadas para a categorização da posição socioeconómica dos indivíduos; conhecer a estimativa do risco relativo de apresentar maior número de sintomas depressivos quando permanecendo em posições socioeconómicas consideradas desvantajosas; verificar a influência nos sintomas depressivos das características ambientais passíveis de serem caracterizadoras da posição socioeconómica dos locais onde residem os indivíduos, como explicação adicional às desigualdades observadas a nível individual.

Em função dos objectivos enunciados, formulamos as seguintes **hipóteses**:

- H1 – a tendência de reportar sintomas depressivos, ou o aumento da sua severidade, acompanha um gradiente sócio-económico quando usadas medidas conhecidas de posição sócio-económica (um grupo mais vantajoso do ponto de vista sócio-económico, tem menor probabilidade de conter indivíduos que reportem sintomas depressivos graves, comparado com o grupo imediatamente anterior, numa “hierarquia sócio-económica”).

- H2 - A caracterização sócio-económica da área onde os indivíduos são residentes, adiciona-se à probabilidade de severidade dos sintomas depressivos, para além dos factores individuais.

Descrevemos seguidamente os instrumentos e procedimentos utilizados no estudo empírico, para em seguida caracterizarmos a amostra da população recolhida.

1.1. INSTRUMENTOS

Para atingirmos os objectivos propostos, utilizamos dados recolhidos no âmbito do projecto EpiPorto desenvolvido pelo serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Ramos, Lopes, & Barros, 2004).

Os participantes responderam a um conjunto diversificado de questões, que incluíram questões sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil), económicas (“qual a sua percepção dos seus rendimentos?” e a sua profissão). Responderam igualmente a um conjunto

diversificado de questões sobre a sua saúde (de entre estas, utilizou-se uma questão que explorava o facto de alguma vez ter sido diagnosticada uma doença pertencente a uma lista pré-estabelecida).

Responderam ainda a um conjunto de escalas, de entre as quais se utilizaram os dados do Inventário de Depressão de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) e do Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975), este último apenas nos sujeitos com idade igual ou superior a 65 anos.

O Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory, de Beck et al., 1961; BDI), é uma escala que consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3, cujo somatório contabiliza, no máximo, 63 pontos. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, ideação suicida, crises de choro, irritabilidade, retracção social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido.

Há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI (Beck et al., 1961; Gotlib, 1984; Oliver e Simmons, 1984; Tanaka-Matsumi e Kameoka, 1986; Louks et al., 1989, cit por Beck, Steer & Garbin). De acordo com Beck et al., (1988), a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Para amostras de pacientes uma perturbação do humor o *Center for Cognitive Therapy* (Beck et al., 1988) recomenda os seguintes pontos de corte: menor que 10 = sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 = depressão, de leve a moderada; de 19 a 29 = depressão, de moderada a grave; de 30 a 63 = depressão grave.

Já para amostras não diagnosticadas as directrizes são diferentes. Steer & Kendall (1987, cit por Beck et al., 1988) recomendam scores acima de 15 para detectar disforia e concluem que o termo "depressão" deve ser apenas utilizado para os indivíduos com scores acima de 20, preferencialmente com diagnóstico clínico concomitante.

Mais recentemente, Lasa, Ayuso-Mateos, Vázquez-Barquero, Díez-Manrique, & Dowrick (2000), no âmbito de um estudo europeu cujos objectivos passavam pela descrição da prevalência e factores associados à depressão em amostras da população geral, testaram a especificidade e sensibilidade de um ponto de corte no BDI de 12/13, com uma metodologia adequada (todos os sujeitos com pontuações acima de 12 foram avaliados por psiquiatras assim como uma sub-amostra de 5% daqueles que pontuaram abaixo de 13), obtendo valores preditivos muito bons (sensibilidade 100% e especificidade de 99%, com um valor preditivo positivo de 0.72).

O Mini-Mental State Examination (Folstein et al., 1975, MMSE), é um questionário breve de 30 pontos, utilizado para despiste de défices cognitivos. O MMSE é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em 7 categorias, cada uma delas desenhada com o objectivo de avaliar "funções" cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos), e capacidade construtiva visual (1 ponto). O score do MMSE pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos. Tombaugh e McIntyre (1992), observaram que a escala tem boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste e demonstraram que o ponto de corte 23/24 tem boa a excelente sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de demência. Neste estudo, indivíduos considerados incapazes de responder com acuidade às questões (MMSE < 24) foram excluídos da amostra.

Por motivos de direito de reprodução, não nos é possível apresentar exemplares dos questionários em anexo.

1.2. PROCEDIMENTOS

Os dados dos participantes foram recolhidos no âmbito do projecto EpiPorto, correspondendo à segunda avaliação feita aos seus participantes, isto é, no primeiro *follow-up*. Os dados relativos às subsecções do concelho do Porto, provieram do Instituto Nacional de Estatística, correspondendo a informação recolhida nos no âmbito dos Censos de 2001.

Todos os dados foram analisados usando o software SPSS – Statistical Package for Social Sciences, versão 17. Para realização do mapa com a distribuição sócio-económica das subsecções do concelho do Porto, foi utilizado o software ArcGIS da ESRI, versão 9.3.

Para caracterizar a amostra, criaram-se tabelas de dupla entrada e calcularam-se as respectivas proporções, comparadas pelo teste do qui-quadrado e respectivo valor de prova. A pontuação do Inventário de Depressão na nossa amostra não segue uma distribuição contínua normal. Pelo facto das tentativas de normalização se terem revelado infrutuosas, optamos pela comparação das medianas da pontuação segundo as características de interesse, através do teste U de Mann-Whitney ou Kurskal Wallis, consoante se tratassem de duas ou mais amostras independentes. Para estimar a propabilidade de odds de obter pontuação no Inventário de Depressão, igual ou superior a 13 (segundo a Lasa et al., 2000), utilizou-se a regressão logística para cálculo dos Odds Ratio e respectivos intervalos de confiança a 95%. Estes últimos foram calculados num modelo “Bruto”, depois ajustados para a variável “Escolaridade” e finalmente ajustados para todas as variáveis entendidas como “confundidoras” da relação que procuramos evidenciar. A decisão do primeiro “ajuste” para a

“Escolaridade”, prende-se com o conhecimento prévio do gradiente observado nos vários estudos analisados, sendo conhecida a forma consistente como esta medida influencia a expressão de sintomas depressivos.

A escolaridade dos participantes foi agrupada em classes (até 4º ano de escolaridade, do 5º ao 9º ano, do 10º ao 12º e ensino superior). As profissões foram classificadas segundo a Classificação Nacional das Profissões (CNP), e agrupadas em Grandes Grupos, com a seguinte descrição: Profissões superiores (grupos 1 e 2 da CNP); Profissões intermédias (grupo 3 da CNP); Profissões especializadas não manuais (grupos 4 e 5 da CNP); Profissões especializadas manuais (grupo 6 da CNP); Profissões semi-qualificadas (grupos 7 e 8 da CNP); Profissões sem qualificação (grupo 9 da CNP); outros (reformados, inválidos); domésticas ou sem profissão; desempregados; estudantes. Para a presente análise, a classe “estudantes” não foi utilizada e a classe dos profissionais especializados manuais foi agregada com os profissionais especializados não manuais, apenas para os modelos de regressão logística, por serem em reduzido número. Adicionalmente criou-se uma variável dicotómica com as pessoas reformadas para análise individual.

A percepção dos rendimentos foi avaliada com a questão “Como avalia os seus rendimentos” a qual poderia ser respondida com uma de quatro alternativas: “Insuficientes”, “Tenho de ter cuidado com os gastos”, “Chegam para as minhas necessidades” ou “Confortáveis”.

Uma variável dicotómica com a presença de uma doença incapacitante reportada ao longo da vida foi criada. Nesta, agregaram-se todos os participantes a quem alguma vez lhes fora diagnosticada por um médico, pelo menos uma das seguintes doenças: Angina de Peito, Enfarte do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Arritmia, Insuficiência Cardíaca, Outra doença Cardíaca, Alergias, Rinite, Asma, Bronquite Crónica, Enfisema Pulmonar, Hipotireoidismo, Hipertireoidismo, Cancro, Artrite Reumatóide, Espondilite Anquilosante, Artrite Psoriática, Lupus, Artrose das mãos, Artrose da anca, Artrose do Joelho, Osteoporose, Febre Reumática e Diabetes.

A utilização de dados provenientes da “área” só foi conseguida com recurso às bases de dados gentilmente cedidas pelo Instituto Nacional de Estatística. De entre um conjunto diversificado de indicadores, decidimos escolher um total de 35 variáveis disponíveis no nível mais desagregado possível para estas informações (nível da subsecção geográfico) sem que a confidencialidade ou anonimato fossem comprometidos. Ou seja, estes dados correspondem a

informação censitária, fornecida para a subsecção⁸ geográfica do concelho do Porto. Por forma a garantir este anonimato, os dados foram trabalhados sempre em percentagens.

Tendo como objectivo a obtenção de uma tipologia socio-económica do concelho do Porto, estes indicadores provêm dos recenseamentos da população e da habitação de 2001 (Censos 2001). Pretendeu-se seleccionar de entre os indicadores disponíveis, aqueles que melhor caracterizam social e economicamente a população, que traduzissem características e contrastes importantes, e que fossem congruentes com o habitualmente encontrado na literatura. Para que as variáveis pudessem ser comparáveis, reduziram-se todas às respectivas proporções tendo como denominador o total do construto em causa.

Desta forma, e após consulta de um trabalho anteriormente efectuado por Afonso, & Melão (2007), escolhemos 35 indicadores de construtos socioeconómicos para caracterizar as áreas onde residem os participantes (Tabela 1).

Tabela 1. Lista dos indicadores utilizados para caracterização sócio-económica da área seleccionada

Indicador
População com habilitações correspondentes ao ensino secundário
População sem a escolaridade obrigatória
População com habilitações correspondentes ao ensino básico
Proporção de quadros superiores, dirigentes e especialistas de profissões intelectuais
População com curso superior
Profissionais com qualificações baixas
Média pessoas por divisão
Alojamento com sistema de aquecimento
Alojamentos clássicos de residência habitual sobrelotados
Média de despesas mensais com habitação - encargos com habitação própria
Taxa de analfabetismo
Mulheres residentes dos 20 aos 64
Homens residentes dos 20 aos 64
Homens residentes com 65 ou mais
Mulheres residentes com 65 ou mais
Famílias clássicas com pessoas com 65 ou mais anos
Pensionista ou reformado
Famílias clássicas com pessoas com menos de 15 anos
Indivíduos residentes sem actividade económica
Indivíduos residentes empregados
Famílias unipessoais constituídas por idosos
Alojamentos familiares de residência habitual com esgotos
Alojamentos familiares de residência habitual com água
Total de edifícios clássicos
Alojamento familiar clássico
Alojamentos familiares de residência habitual com electricidade
Alojamentos familiares de residência habitual com retrete
Alojamentos familiares de residência habitual com banho
População dependente de subsídio de desemprego ou do RMG
Famílias clássicas sem desempregados
Taxa de desemprego

⁸ A subsecção geográfica corresponde, sensivelmente, a um quarteirão.

Tabela 1. Lista dos indicadores utilizados para caracterização sócio (conclusão)

Indivíduos residentes desempregados à procura de novo emprego
Edifícios construídos entre 1946 e 1985
Edifícios construídos entre 1919 e 1945

Das 2064 subsecções existentes para o concelho do Porto, excluíram-se 451 por serem consideradas “irrelevantes” para a caracterização pretendida, isto é, tinham menos de dois residentes ou menos de dois edifícios ou menos de duas famílias clássicas ou menos de dois núcleos familiares.

Com o intuito de sintetizar a informação, procedeu-se à análise factorial, utilizando como método de extracção a Análise de Componentes Principais (ACP). Assim, com base nos indicadores, foram extraídas novas variáveis (que designamos factores), em menor número, que sintetizam a grande parte da informação inicial (Dunteman, 1994). O teste inicial KMO revelou-se adequado para prosseguir com esta análise (Kaiser-Meyer-Olkin = 0,836).

Para escolha do número de factores a considerar, utilizou-se o critério de Kaiser e método dos *eigenvalues* (valores próprios) acima de 1, extraíndo-se 6 factores (Tabela 2), capazes de explicar 75,13% da variância (Tabela 3.) presente nos indicadores de base. Apesar do consenso pelo melhor critério para a escolha do número de componentes, ser algo ainda discutido (Dunteman, 1994), esta solução relevou-se-nos como a mais apropriada.

Através da análise da tabela de correlação entre as componentes obtida quando se fazia a rotação oblíqua, decidiu-se pelo uso das rotações ortogonais. Com base nesta tabela realizou-se então a rotação ortogonal *varimax*.

Após esta extracção dos componentes, realizamos uma análise de clusters hierárquica, com recurso ao método de Ward, tendo presente que a decisão por um método de aglomeração distinto resultaria numa solução ligeiramente diferente (Reis, 2001). Após teste das várias soluções possíveis, o método de Ward, revelou a solução que melhor nos pareceu distinguir as características das áreas em análise. Desta forma pensamos ter obtido uma aglomeração aproximada das características seleccionadas de cada subsecção. Após atribuição de uma hierarquia aos clusters obtidos (resultante da nossa interpretação da distribuição das características obtidas pelos vários clusters), calculou-se o valor médio da hierarquia dos vizinhos contíguos de cada subsecção, “suavizando” assim os contrastes, possivelmente existentes. Este passo foi realizado concomitantemente à restante análise, para inclusão da variável com a média da hierarquia dos vizinhos da subsecção onde se encontrava cada um dos participantes da nossa amostra nos modelos de regressão descritos e assim estimar a

magnitude da associação destas características ao nível da área de residência de cada participante e os sintomas depressivos.

Tabela 2. Componentes extraídas na análise factorial e variáveis que agrupam com respectivos pesos factoriais na solução após rotação

Componente 1	Pesos Factoriais
População com habilitações correspondentes ao ensino secundário	,923
População sem a escolaridade obrigatória	-,913
População com habilitações correspondentes ao ensino básico	,910
Proporção de quadros superiores, dirigentes e especialistas de profissões intelectuais	,880
População com curso superior	,871
Profissionais com qualificações baixas	-,822
Média pessoas por divisão	-,778
Alojamento com sistema de aquecimento	,748
Aloj class res hab sobrelotados	-,734
Média de despesas mensais com habitação - encargos com habitação própria	,668
Taxa de analfabetismo	-,621
Componente 2	
Indivíduos residentes sem actividade económica	,876
Indivíduos residentes empregados	-,809
Homens residentes dos 20 aos 64	-,757
Mulheres residentes dos 20 aos 64	-,735
Famílias clássicas com pessoas com 65 ou mais anos	,701
Pensionista ou reformado	,656
Homens residentes com 65 ou mais	,648
Mulheres residentes com 65 ou mais	,646
Componente 3	
Alojamentos familiares de residência habitual com esgotos	,907
Alojamentos familiares de residência habitual com água	,879
Total de edifícios Classicos	,850
Alojamento familiar clássico	,829
Alojamentos familiares de residência habitual com electricidade	,805
Alojamentos familiares de residência habitual com retrete	,507
População dependente de subsídio de desemprego ou do RMG	-,435
Componente 4	
Famílias clássicas sem desempregados	-,924
Taxa de desemprego	,877
Indivíduos residentes desempregados à procura de novo emprego	,872
Famílias clássicas com 1 desempregado	,861
Componente 5	
Famílias clássicas com pessoas com menos de 15 anos	-,876
Famílias unipessoais constituídas por idosos	,517
Componente 6	
Edifícios construídos entre 1946 e 1985	,882
Edifícios construídos entre 1919 e 1945	-,857
Alojamentos familiares de residência habitual com banho	,520

Tabela 3. Componentes extraídos segundo variância explicada

Componentes	Valores próprios iniciais		
	Total	% da Variância	% Cumulativa
1	10,996	31,417	31,417
2	5,710	16,315	47,731
3	3,856	11,018	58,750
4	2,518	7,195	65,945
5	1,841	5,259	71,204
6	1,375	3,929	75,134

Interpretando, ao primeiro factor ficaram associados sobretudo características “educacionais” (População com habilitações superiores, escolaridade obrigatória, ensino básico, analfabetismo), assim como os quadros superiores, dirigentes, profissionais intelectuais. Também neste componente associaram-se algumas características relacionadas com as condições habitacionais: Alojamento com sistema de aquecimento, alojamentos sobrelotados, média de despesas com a habitação, média de pessoas por divisão.

Ao segundo componente, correspondem características relacionadas com a reforma, famílias com pessoas idosas (com mais de 65 anos), e com a idade activa (Homens e mulheres dos 20 aos 64 anos).

No terceiro componente, ficaram associadas as características das habitações (com ou sem água canalizada, electricidade, esgotos, retrete) assim como os alojamentos considerados clássicos. Ainda neste componente agrupou-se a população dependente de subsídio de desemprego ou do rendimento mínimo garantido.

No quarto componente agregaram-se as variáveis relacionadas com o desemprego.

No quinto componente associaram características etárias das famílias: famílias clássicas com menores de 15 anos e famílias unipessoais constituídas por idosos.

Finalmente, na sexta componente, agruparam-se as variáveis que respeitam a idade dos edifícios e os alojamentos familiares de residência habitual com banho.

Posteriormente, procedeu-se a uma classificação das subsecções com base nos factores extraídos anteriormente, de modo a organizar as subsecções em grupos o mais homogéneos possível, utilizando a análise de *clusters*. Com base na análise do dendograma obtido e com a técnica de Ward foram agregados 7 clusters cuja caracterização em função dos componentes que agregam se encontra na Tabela 4. As médias e desvios-padrão dos scores das componentes extraídas, nos respectivos clusters, encontram-se na tabela 5. Nos gráficos 1 a 7, encontram-se representadas médias e respectivos intervalos de confiança a 95% dos scores

dos componentes pelos clusters. Estes gráficos serviram-nos de apoio à interpretação dos clusters obtidos.

Tabela 4. Interpretação dos clusters obtidos

Cluster 1 – O mais alto nível sócioeconómico

No primeiro grupo associaram-se sobretudo aquelas subsecções caracterizadas pelos mais elevados níveis de escolaridade, maiores despesas médias com a habitação e pelo mais baixo desemprego. Reformados e população em idade activa estarão na média da restante população assim como as condições das habitações. Também aqui se aglomeraram o menor valor médio de famílias unipessoais constituídas por idosos e a menor média de pessoas por divisão. Relativamente à idade dos edifícios e alojamentos com banho, aglomeraram-se subsecções com características médias por comparação com as restantes aglomerações. Neste cluster agruparam-se 7,9% das subsecções e corresponderá a um nível socioeconómico mais elevado, tendo em conta estes indicadores.

Cluster 2 – Nível socioeconómico alto

No segundo cluster associaram-se subsecções caracterizadas por maiores proporções de pessoas com escolaridade alta, logo após os valores do cluster. A proporção de idosos ou reformados está na média da restante população assim como as condições da habitação. O desemprego é médio e encontram-se, ligeiramente maiores proporções de famílias unipessoais constituídas por idosos e menor proporção média de famílias clássicas com pessoas com menos de 15 anos, do que nos restantes clusters. É neste cluster onde mais subsecções ficaram agrupadas, totalizando 49,1%. Corresponderá por isso, a um nível médio-alto em termos sócio-económicos.

Cluster 3 – Nível sócioeconómico baixo

No terceiro cluster associaram-se as mais baixas características médias de escolaridade, de edifícios com sistemas de aquecimento e um maior valor médio de alojamentos clássicos de residência habitual sobrelotados e de profissionais com qualificações baixas. O desemprego é, em média, superior por comparação aos dois primeiros clusters e ao quarto, mas não é o mais elevado. É neste cluster que se aglomeram a maior proporção média de edifícios construídos entre 1946 e 2001, e menor proporção de edifício construídos antes de 1945.

Neste cluster agruparam-se 12,6% das subsecções. Atribuímos a este cluster um nível sócio económico baixo.

Cluster 4 – Nível sócio económico médio

No quarto cluster, associaram-se características correspondentes a baixa escolaridade e maiores médias de pessoas por divisão e edifícios sobrelotados, e baixas despesas médias com a habitação, contudo, não obtém o valor mais baixo neste componente por comparação com o cluster 3. Neste cluster agruparam-se também subsecções caracterizadas em média por um baixo desemprego ou com maior número médio de famílias clássicas sem desempregados. Por contraste com o cluster anterior, aglomeram-se neste cluster a maior proporção de edifícios construídos antes de 1945.

Ficaram 21,0% das subsecções neste cluster, e pelas suas características, consideramos corresponder a um nível socioeconómico médio.

Cluster 5 – O mais baixo nível socioeconómico

No cluster 5 agregaram-se características relacionadas com escolaridade na média da população, o mesmo para a média de pessoas por divisão, profissionais com baixas qualificações, alojamentos com sistemas de aquecimento e alojamentos clássicos de residência habitual sobrelotados. Neste cluster agruparam-se subsecções com o maior valor médio para os indivíduos sem actividade económica, pensionistas ou reformados, e menor proporção de indivíduos residentes empregados, ou em idade activa.

As características relativas ao mais alto desemprego, estão agrupadas neste cluster. Também neste cluster, aglomeraram-se subsecções com maiores proporções de edifícios construídos antes de 1945.

Ficaram 7,2% das subsecções neste cluster, correspondendo ao mais baixo nível socioeconómico.

Cluster 6 – Nível socioeconómico médio-alto

Neste cluster, agregaram-se em média, proporções ligeiramente mais baixas de pessoas com alta escolaridade, mas o valor médio é superior ao cluster 4 (nível médio). Contudo, agruparam-se subsecções caracterizadas por valores médios baixos de pessoas sem actividade económica, tendo portanto, ligeiramente maiores proporções médias de pessoas em idade activa e residentes empregados por comparação com os clusters de nível mais baixo. As condições da habitação podem ser consideradas ligeiramente “piores”, acompanhadas por uma proporção em média mais baixa de população dependente do subsídio de desemprego ou Rendimento Mínimo Garantido. Associaram-se também uma proporção média de famílias unipessoais constituídas por idosos e famílias clássicas com pessoas com menos de 15 anos.

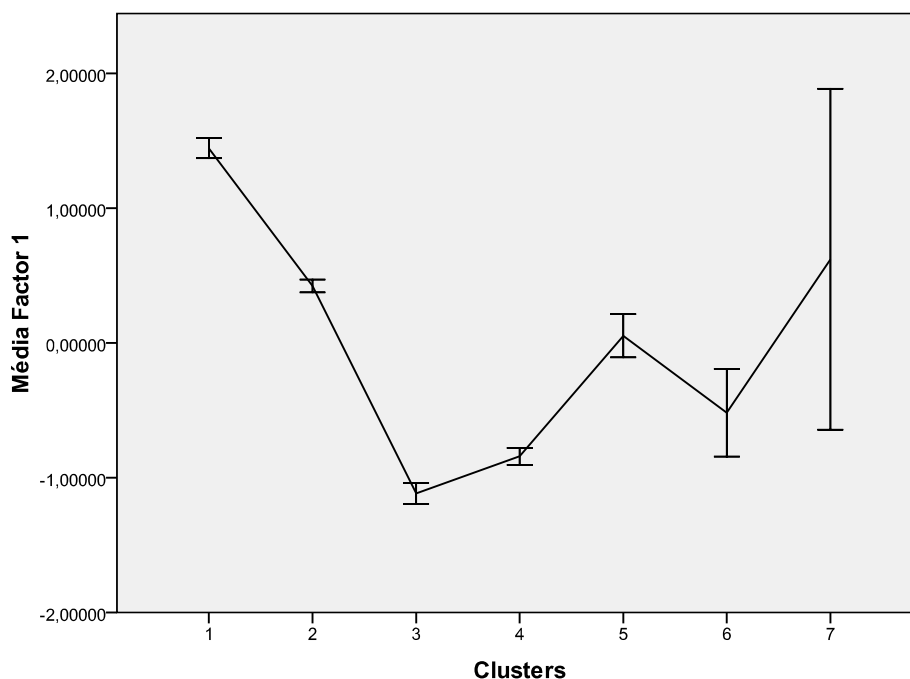
2,0% das subsecções agruparam-se neste cluster, correspondendo a um nível socioeconómico médio-alto.

Cluster 7 – Nível sócioeconomico médio-baixo

No último cluster, agregaram-se apenas 0.2% das subsecções com características bastante diferentes, inviabilizando uma interpretação clara. Contudo deverão ser subsecções caracterizadas pelas piores condições de habitação (esgotos, retrete, electricidade) e maior proporção de pessoas dependentes de subsídio de desemprego ou Rendimento Mínimo Garantido. Também aqui o valor médio para os indicadores relativos ao desemprego, é alto. Contudo, a média para as características ligadas à alta escolaridade, população com qualificações baixas, média de pessoas por divisão, média de despesas mensais com a habitação, alojamentos com sistema de aquecimento, apresenta um valor mediano por comparação com as características dos restantes clusters.

Trata-se de um cluster com um nível socioeconómico médio-baixo.

Gráfico 1. Representação das médias da componente 1 para cada *cluster*



Barras de erro: Intervalo de confiança a 95.%

Gráfico 2. Representação das médias da componente 2 para cada *cluster*

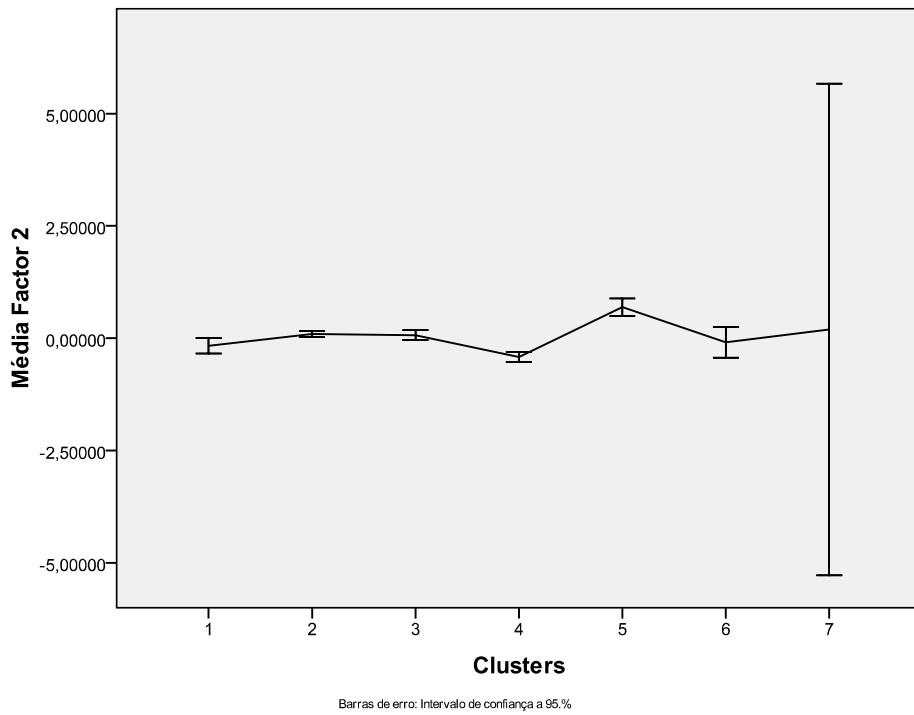


Gráfico 3. Representação das médias da componente 3 para cada *cluster*

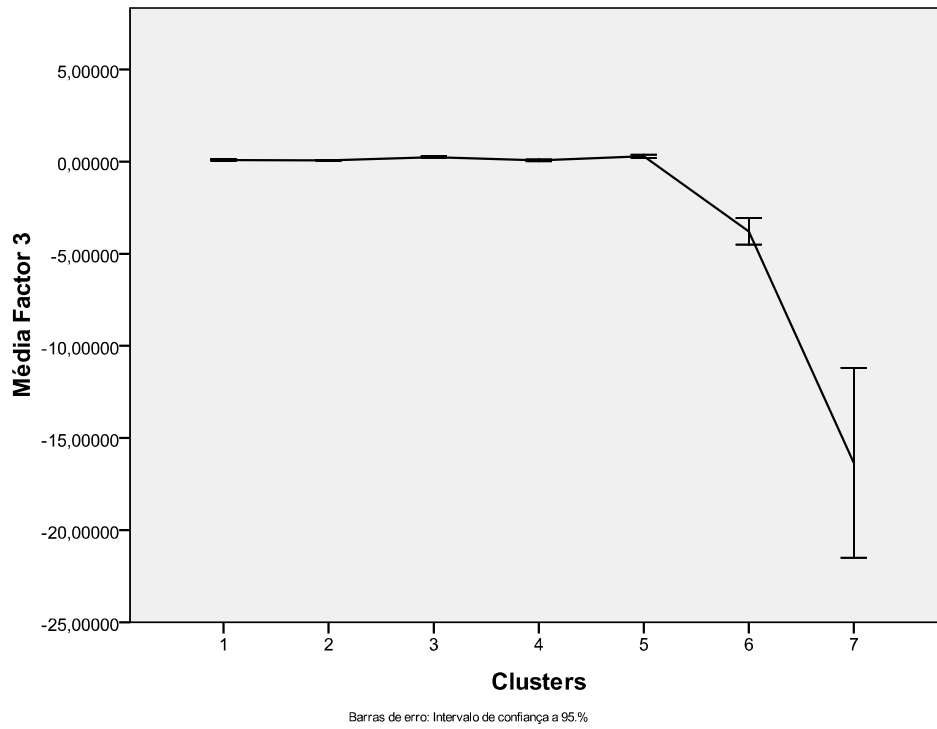


Gráfico 4. Representação das médias da componente 4 para cada *cluster*

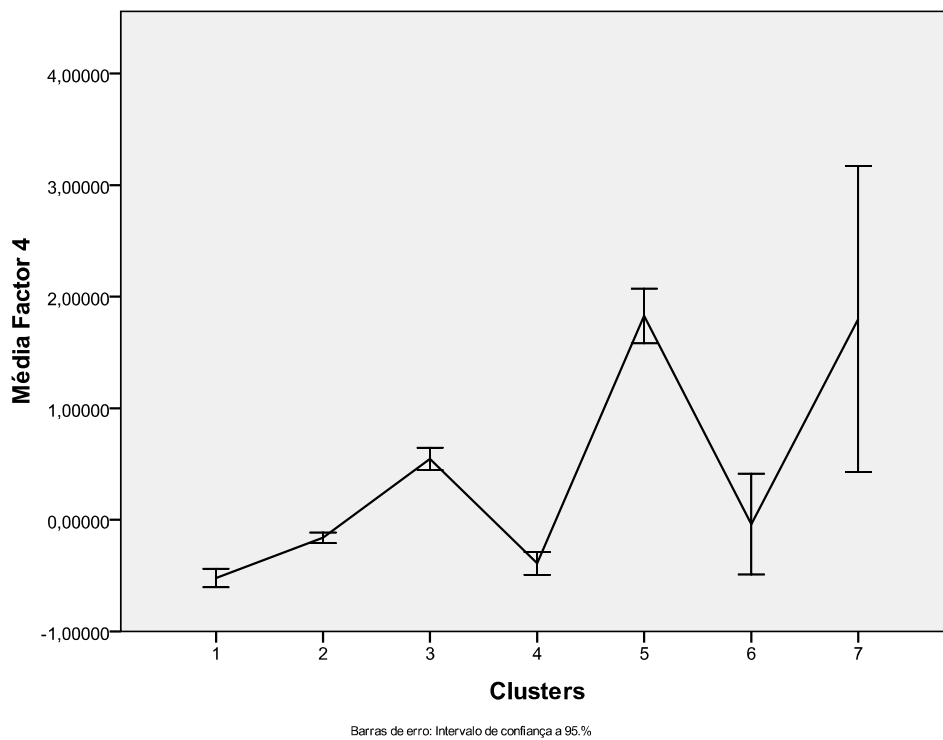


Gráfico 5. Representação das médias da componente 5 para cada *cluster*

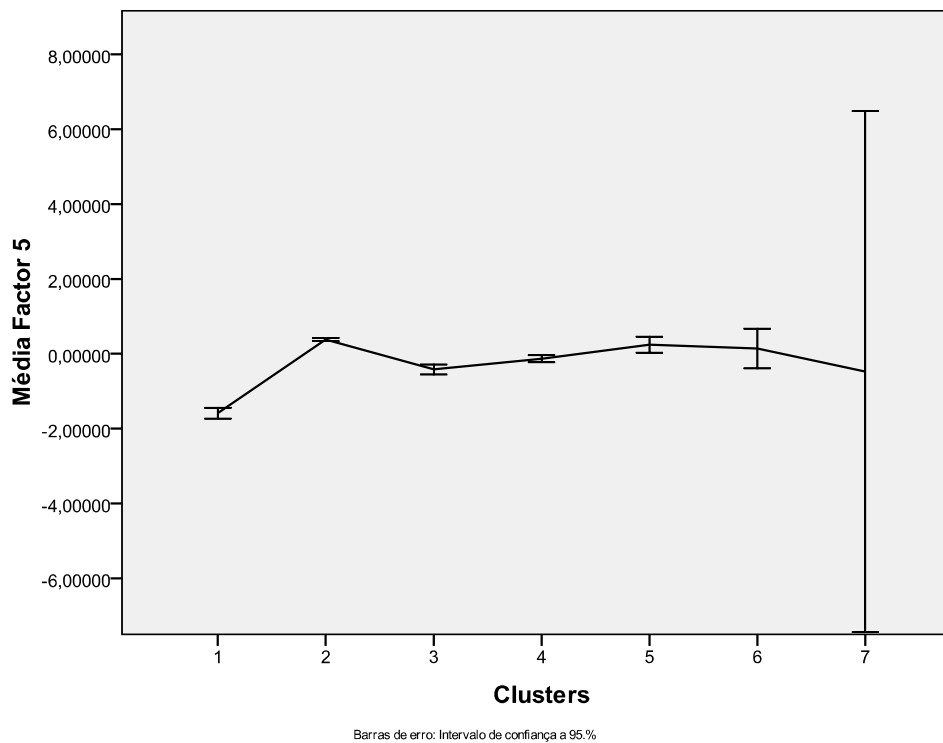


Gráfico 6. Representação das médias da componente 6 para cada *cluster*

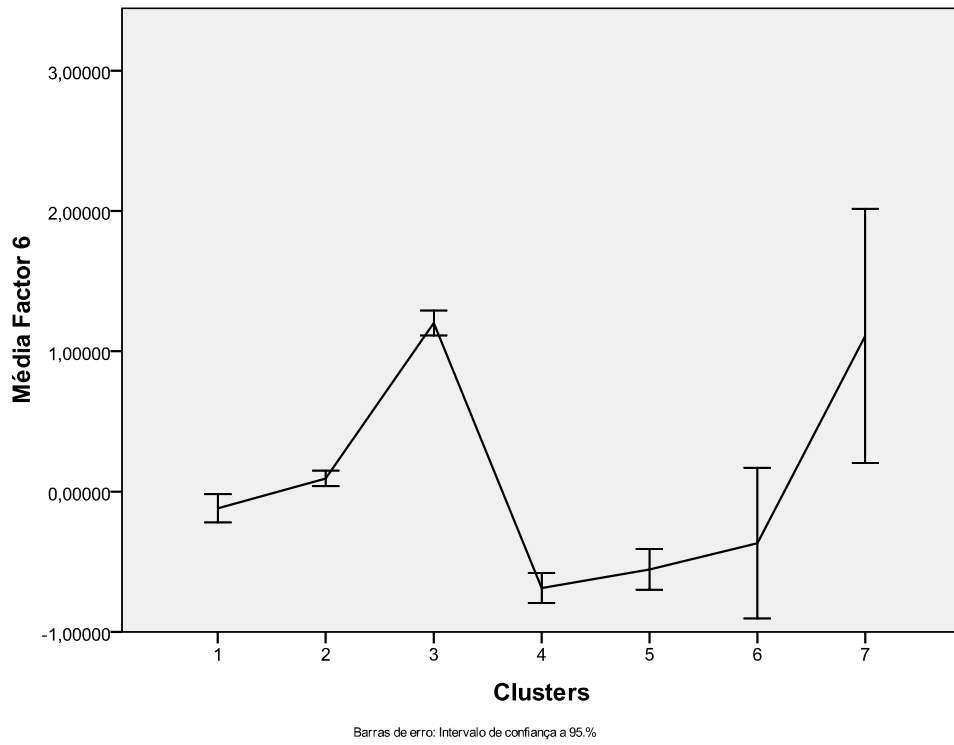


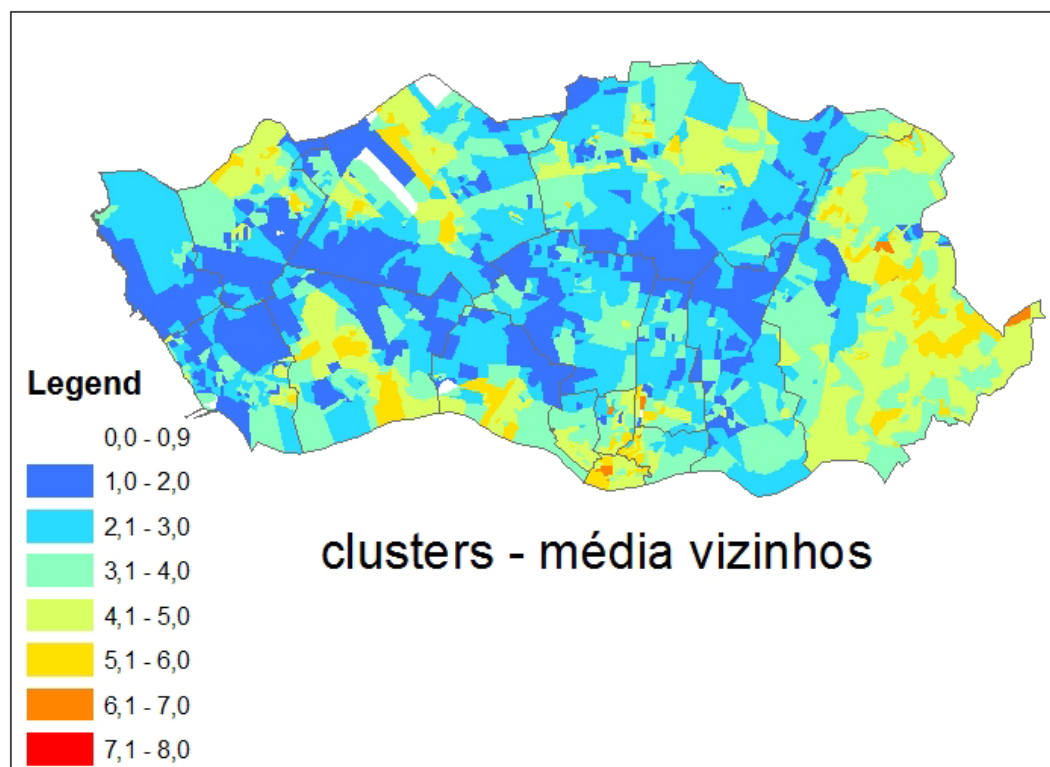
Tabela 5. Médias e desvios-padrão das componentes segundoss os clusters obtidos pelo método de Ward

	Cluster																				
	1			2			3			4			5			6			7		
	Média	Desvio padrão	n	Média	Desvio padrão	n	Média	Desvio padrão	n	Média	Desvio padrão	n	Média	Desvio padrão	n	Média	Desvio padrão	n	Média	Desvio padrão	n
Factor 1	1,44611	,42212	128	,42361	,69220	792	-1,11599	,56538	204	-,84150	,59227	338	,05364	,87574	116	-,51860	,90231	32	,62155	,50892	3
Factor 2	-,17230	,98448	128	,09226	,93022	792	,06735	,79663	204	-,42103	1,06503	338	,68909	1,05709	116	-,09227	,95572	32	,19155	2,20340	3
Factor 3	,08581	,24318	128	,06981	,24737	792	,24547	,27052	204	,06102	,52892	338	,28678	,48206	116	-3,78746	1,99348	32	-16,34550	2,07184	3
Factor 4	-,52239	,47341	128	-,16200	,66819	792	,54583	,72630	204	-,39142	,94838	338	1,82741	1,33644	116	-,03918	1,25420	32	1,79902	,55218	3
Factor 5	-1,58439	,83986	128	,38117	,65506	792	-,41878	,96268	204	-,13347	,88997	338	,24467	1,17478	116	,14050	1,47130	32	-,47306	2,80220	3
Factor 6	-,11792	,57337	128	,09412	,79346	792	1,20208	,64215	204	-,68643	1,00568	338	-,55370	,79205	116	-,36738	1,49059	32	1,11029	,36475	3

Por fim, a cada participante da amostra foi atribuído o respectivo número do *cluster* correspondente ao local onde indicou ser a sua morada (previamente codificada na subsecção correspondente). Dos 985 sujeitos da amostra, obteve-se geo-referenciação para 872. Como tal, foi possível observar com recurso aos Sistema de Informação Geográfica (Software ArcMap), a localização aproximada (erros de cerca de 5 metros), das suas moradas, por forma a localiza-los no espaço. Devido ao erro inerente desta geo-referenciação e porque a análise utilizou dados referentes à subsecção geográfica, após a atribuição de uma “hierarquia” socioeconómica a cada cluster, todas as subsecções foram catalogadas com um valor de 1 a 7. Assim, segundo a hierarquia definida os clusters rearranjaram-se da seguinte forma: valor 1 (primeiro na hierarquia) para o cluster 1, valor 2 para o cluster 2, calor 3 para o cluster 6, valor 4 para o cluster 4, valor 5 para o cluster 7, valor 6 para o cluster 3 e valor 7 para o cluster 5.

Para cada subsecção calculou-se outro valor para essa hierarquia, tendo por base a média dos valores das subsecções vizinhas (todas as contíguas). Desta forma, pensamos ter “suavizado” a distribuição socioeconómica das subsecções, a qual apresentamos na Figura 1. Posteriormente, cada participante recebeu o valor dessa “hierarquia média dos vizinhos”, a qual foi utilizada na análise posterior para evidenciar o efeito das características do “ambiente” na pontuação dos sintomas depressivos.

Figura 1. Distribuição da média do valor dos clusters dos vizinhos, pelas subsecções da cidade do Porto.



1.3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Originalmente a amostra seleccionada para o estudo EpiPorto foi estabelecida de forma aleatória através da marcação de dígitos telefónico, usando como espaço amostral o conjunto de indivíduos residentes na cidade do Porto em habitações com telefone. Todos os participantes, informados dos objectivos e de todos os procedimentos, deram consentimento por escrito e o estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital de S. João. Neste processo as recusas não foram substituídas no mesmo domicílio e a proporção de participação foi de 70% (Ramos et al., 2004).

A amostra seleccionada para o presente estudo, foi retirada do primeiro momento de *follow-up* da referida coorte EpiPorto, avaliação realizada a uma distância mediana de aproximadamente 5 anos da avaliação inicial, onde entrevistadores treinados recolheram dados através de um questionário estruturado que pretendia obter dados sociais, demográficos, pessoais, história clínica familiar e características comportamentais (tais como os hábitos de dieta e o consumo de tabaco e álcool).

Para o presente estudo, 985 participantes revelaram-se elegíveis (completaram os instrumentos necessários ao objectivo deste trabalho) e estes são comparados com os restantes participantes não-elegíveis (1426, que correspondem aos participantes do *follow-up*, sem resposta aos questionários analisados, adicionados aos participantes que se perderam e que realizaram a avaliação no momento de base).

A amostra final foi constituída por 557 mulheres (56,5%) e 428 homens (43,5%). Na tabela 6. Encontram-se as comparações das características sócio-demográficas e económicas, seleccionadas para o presente estudo, entre os participantes elegíveis e os restantes participantes não incluídos na análise posterior (comparam-se as proporções de cada grupo com recurso ao chi quadrado, apresentando o respectivo valor de *p*).

Tabela 6. Comparação da amostra escolhida com os participantes sem informação e as “perdas” do baseline

		Amostra (n=985)		Restantes participantes não incluídos nesta análise (n=1426)		chi quadrado p
		n	(%)	n	(%)	
Sexo	Mulheres	557	(56,5)	918	(64,4)	< 0,001
	Homens	428	(43,5)	508	(35,6)	
Estado Civil	Casado/União de Facto	709	(72,0)	930	(65,3)	< 0,001
	Solteiro	146	(14,8)	198	(13,9)	
	Viuvo	68	(6,9)	192	(13,5)	
	Divorciado/Separado	62	(6,3)	105	(7,4)	
Escolaridade	Até 4ª classe	251	(25,6)	636	(45,7)	< 0,001
	5º ao 9º ano	238	(24,2)	288	(20,7)	
	10º ao 12º	175	(17,8)	164	(11,8)	
	Ensino superior	319	(32,4)	305	(21,9)	
Idade	18-24	27	(2,7)	52	(3,6)	< 0,001
	25-34	81	(8,2)	104	(7,3)	
	35-44	140	(14,2)	185	(13,0)	
	45-54	218	(22,1)	265	(18,6)	
	55-64	261	(26,5)	299	(21,0)	
	+65	258	(26,2)	521	(36,5)	
Percepção dos Rendimentos	Insuficientes	93	(9,5)	77	(13,1)	< 0,001
	Tem de ter cuidado com os gastos	308	(31,3)	246	(41,8)	
	Chega para as suas necessidades	375	(38,1)	193	(32,8)	
	Confortáveis	208	(21,1)	73	(12,4)	

Tabela 6. Comparação da amostra escolhida com os participantes sem informação e as “perdas” do baseline (conclusão)

		Amostra (n=985)		Restantes participantes não incluídos nesta análise (n=1426)		Chi quadrado p
		n	(%)	n	(%)	
Profissão (reformados e inválidos foram codificados com a função anterior)	Prof superiores	209	(22,0)	194	(14,5)	< 0,001
	Prof intermédias	190	(20,0)	179	(13,4)	
	Prof especializadas não manuais	220	(23,2)	288	(21,6)	
	Prof especializadas manuais	21	(2,2)	28	(2,1)	
	Prof semi-qualificadas	116	(12,2)	250	(18,7)	
	Prof sem qualificação	64	(6,7)	166	(12,4)	
	Sem profissão, domesticas	85	(9,0)	166	(12,4)	
	Desempregados	44	(4,6)	64	(4,8)	

Reformados	344	(34,9)	283	(19,8)	< 0,001
Outra condição perante o trabalho	641	(65,1)	1143	(80,2)	

Presença de doença	626	(63,6)	447	(31,3)	< 0,001
Sem doença reportada	359	(36,4)	979	(68,7)	

Na amostra em estudo, 72% dos participantes estavam casados no momento da avaliação e 15% eram solteiros. No que se refere à escolaridade, 32% da amostra possuía habilitações correspondentes ao ensino superior e 26 % tinham escolaridade igual ou inferior à 4ª classe. Relativamente à idade, os estratos mais representados correspondem aos mais velhos: com 65 ou mais anos de idade, observamos 26% da amostra, com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos, 27%, sendo que 22% se encontrava entre os 45-54, 14,2 entre os 35-44, 8% entre os 25-34 e 3% entre os 18-24.

Verificamos também que 36% da amostra encontrava-se na reforma ou invalidez, sendo a segunda classe profissional mais representada, as profissões superiores, com 17% da amostra.

No que concerne a percepção dos rendimentos obtidos, 38% dos participantes reportou que estes “chegam para as suas necessidades”, 31% referiram a necessidade de “ter cuidado com os gastos”, 21% consideraram terem rendimentos “confortáveis” e cerca de 10%, que estes eram “insuficientes”.

Por fim, 626 participantes da amostra (64%) referiram já lhes ter sido diagnosticada pelo menos uma das seguintes doenças: Angina de Peito, Enfarte do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Arritmia, Insuficiência Cardíaca, Outra doença Cardíaca, Alergias, Rinite,

Asma, Bronquite Crónica, Enfisema Pulmonar, Hipotireoidismo, Hipertireoidismo, Cancro, Artrite Reumatóide, Espondilite Anquilosante, Artrite Psoriática, Lupus, Artrose das mãos, Artrose da anca, Artrose do Joelho, Osteoporose, Febre Reumática e Diabetes.

Para todas as características referidas, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em relação às características esperadas nos participantes que não foram alvo da análise em estudo.

Terminada a caracterização da amostra, apresentamos no ponto seguinte a análise e discussão dos resultados.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Optamos por apresentar os resultados estratificados por género, por sabermos *a priori* a interferência desta variável na manifestação dos sintomas depressivos (APA, 2000).

Por se tratar de uma amostra comunitária, apresentamos inicialmente os resultados da frequência dos sintomas depressivos observada, de acordo com os pontos de corte definidos pelo autor do Inventário de Depressão utilizado (normal – pontuações de 0 a 9; leve-moderada – pontuações de 10 a 18; moderada-severa – pontuações de 19 a 29; extremamente severa – pontuações iguais e superiores a 30), para a totalidade da amostra e por género. No mesmo quadro, colocamos os resultados tendo em conta um ponto de corte (12/13) considerado em Espanha (Lasa et al., 2000) e que se revelou bastante sensível e específico para o diagnóstico de depressão (confirmado por diagnóstico de psiquiatras), (Tabela 7). A análise posterior baseou-se nos resultados do Inventário de depressão dicotomizados segundo este ponto de corte único (contudo, efectuamos os mesmos cálculos para os pontos de corte propostos por Beck et al., 1988, obtendo resultados em tudo equivalentes).

Tabela 7. Frequência encontrada para os sintomas depressivos com a utilização do Inventário Depressivo de Beck

BDI score (N=985)	n	%	Mulheres	%	Homens	%
<i>Normal</i>	666	(67,6)	331	(59,4)	335	(78,3)
<i>Leve-moderada</i>	246	(25,0)	167	(30,0)	79	(18,5)
<i>Moderada-severa</i>	59	(6,0)	49	(8,8)	10	(2,3)
<i>Extremamente severa</i>	14	(1,4)	10	(1,8)	4	(0,9)
Acima de 13	186	(18,9)	132	(23,7)	54	(12,6)

No geral, cerca de 68% da amostra obteve uma pontuação normal no Inventário de Depressão, correspondendo a 666 sujeitos, 25% (246 sujeitos) obteve uma pontuação “leve a moderada”, 6% (59 sujeitos) moderada a severa e 1,4% tiveram uma pontuação de “depressão” extremamente severa correspondendo a 14 participantes.

Para comparação dos scores obtidos no Inventário de Depressão de Beck (variável contínua) segundo as características em estudo, apresentam-se as medianas (percentis 25 e 75) por grupo, utilizando-se o teste U de Mann-Whitney e o teste de Kurskal-Wallis para duas ou mais amostras independentes, consoante o caso (Tabela 8). O teste de Kolmogorov-Smirnov foi usado para testar a distribuição dos scores do Inventário de Depressão de Beck.

Com o intuito de responder aos objectivos e clarificar as hipóteses deste estudo, mediu-se a magnitude da associação entre os sintomas depressivos e os diferentes factores socioeconómicos considerados. A magnitude da associação foi medida através do uso de proportional odds ratio. O odds ratio e respectivos Intervalos de Confiança a 95% foram calculados usando a regressão logística (foram igualmente calculados os odds ratio usando a regressão logística ordinal, não condicional, contudo, por se terem obtidos resultados em tudo semelhantes, apenas se apresentam os resultados da regressão logística binária).

Efectuou-se esta análise para as várias características socioeconómicas consideradas a nível individual e, posteriormente, para a variável “geográfica” de classificação da área.

Para a associação entre os sintomas depressivos auto-reportados e as variáveis sócio-económicas, utilizando o ponto de corte sugerido em Espanha (12/13) para este instrumento por Lasa et al., (2000), utilizou-se a regressão logística binária. Em ambos os casos, apresentamos os resultados das variáveis inseridas no modelo de forma independente, com os respectivos intervalos de confiança a 95% (Tabela 8), depois ajustando os resultados para a Escolaridade e finalmente, colocando em conjunto no modelo todos os potenciais confundidores da associação procurada (Tabela 9). Como inicialmente explicitado, os resultados encontram-se estratificados por género e a opção pelo primeiro “ajuste” para a “Escolaridade” justifica-se pelas evidências reportadas na literatura para a conhecida influência do construto na expressão dos sintomas depressivos.

Tabela 8. Resultados no Inventário de Depressão de Beck, das Mulheres e Homens da amostra, de acordo com as variáveis em estudo

		Mulheres				Homens			
		Mediana (Percentis 25 e 75) da pontuação BDI	p	OR Bruto para BDI>12	IC 95%	Mediana (Percentis 25 e 75) da pontuação BDI	p	OR Bruto para BDI>12	IC 95%
Estado Civil	Casado/União de Facto	8 (4-12)	<0,001	1	referência	5 (2-9)	<0,001	1	referência
	Solteiro	6 (3-10)		0,52	(0,28-0,98)	2 (0-5)		0,12	(0,02-0,88)
	Viuvo	11 (5,75-18)		2,00	(1,12-3,58)	6 (3,5-8,25)		0,66	(0,08-5,31)
	Divorciado/Separado	10 (5,5-13,5)		1,35	(0,66-2,77)	6 (4-9,5)		0,62	(0,14-2,76)
Escolaridade	Até 4ª classe	11 (7-17)	<0,001	3,56	(2,11-6,01)	7 (4-12)	<0,001	5,06	(1,97-13,03)
	5º ao 9º ano	9 (5-12,5)		1,98	(1,11-3,51)	5 (1-9)		2,84	(1,06-7,60)
	10º ao 12º	7,5 (4-12)		1,56	(0,82-2,97)	5 (2-8)		2,95	(1,05-8,33)
	Ensino superior	5 (3-10)		1	referência	3 (1-7)		1	referência
Idade	18-44	5 (2-9)	<0,001	1	referência	2,5 (1-6)	<0,001	1	referência
	45-64	8 (4-12)		2,45	(1,39-4,29)	5 (2-8)		3,59	(1,22-10,57)
	65+	11 (7-16)		4,14	(2,24-7,63)	7		4,85	(1,62-14,53)
Percepção dos Rendimentos	Insuficientes	12 (8-24)	<0,001	5,43	(2,55-11,57)	7 (3-12)	<0,001	2,74	(0,92-8,14)
	Tem de ter cuidado com os gastos	9 (4-14)		2,63	(1,44-4,79)	6 (3-11)		2,18	(0,87-5,48)
	Chega para as suas necessidades	7 (4-11)		1,13	(0,60-2,15)	5 (2-8)		1,62	(0,66-3,96)
	Confortáveis	5 (2-10)		1	referência	3 (1-6)		1	referência

Tabela 8. Resultados no Inventário de Depressão de Beck, das Mulheres e Homens da amostra, de acordo com as variáveis em estudo (conclusão)

		Mulheres				Homens			
		Mediana (Percentis 25 e 75) da pontuação BDI	p	OR Bruto para BDI>12	IC 95%	Mediana (Percentis 25 e 75) da pontuação BDI	p	OR Bruto para BDI>12	IC 95%
Profissão (reformados e inválidos foram codificados com a função anterior)	Prof superiores	5 (2-9)	<0,001	1	referência	4 (1-7)	0,034	1	referência
	Prof intermédias	7 (3-12)		2,07	(0,95-4,52)	5 (2,5-8,5)		2,92	(1,00-8,57)
	Prof especializadas não manuais	9 (4-14,5)		3,66	(1,78-7,52)	5 (2-9)		2,49	(0,85-7,27)
	Prof semi-qualificadas	11 (8-16)		4,79	(2,11-11,47)	5 (2-11,25)		3,27	(1,10-9,74)
	Prof sem qualificação	8,5 (4,75-14)		4,38	(1,90-10,11)	5,5 (2,5-12,25)		4,91	(1,03-23,41)
	Sem profissão, domesticas	9 (5-12)		2,65	(1,20-5,83)	6 (1-12)		4,5	(0,42-48,10)
	Desempregados	10 (4-15)		4,25	(1,57-11,54)	7 (5-14)		7,5	(1,89-29,76)
Outra condição perante o trabalho		7 (3-11)	<0,001	1	referência	6 (3-11)	<0,001	1	referência
Reformados		11 (7-16)		2,33	(1,55-3,50)	4 (1-7)		1,89	(1,06-3,36)
Presença de doença		9 (5-13)	<0,001	2,86	(1,69-4,84)	5 (2-10,25)	0,006	2,13	(1,16-3,92)
Sem doença reportada		6 (3-11)		1	referência	4 (1,75-7)		1	referência
Clusters Geográficos	Cluster 1- Nível mais alto	7 (4-12)	0,457	1	referência	5 (1-7)	0,17	1	referência
	Cluster 2 – Nível alto	8 (4-12)		1,01	(0,47-2,16)	5 (2-10)		1,49	(0,49-4,53)
	Cluster 6 – Nível médio-alto	8 (4-12)		1,01	(0,44-2,34)	4 (2-7,25)		0,73	(0,21-2,57)
	Cluster 4 – Nível médio	9 (5-14,25)		1,41	(0,58-3,42)	6 (2-12)		1,7	(0,44-6,65)
	Cluster 7 – Nível médio-baixo	11 (5-15)		2,52	(0,77-8,31)	5 (3-9,75)		0,75	(0,13-4,45)
	Cluster 3 – Nível baixo	11,5 (2,5-13,75)		2,4	(0,35-16,40)	Sem observações		Sem observações	Sem observações
	Cluster 5 – Nível mais baixo	Sem observações		Sem observações	Sem observações				

Relativamente ao estado civil, os solteiros foram o grupo que obteve os resultados mais baixos na pontuação dos sintomas depressivos, por contraste com os viúvos e divorciados, que obtiveram os valores mais elevados, para esta característica. Entre os géneros, as mulheres apresentam valores mais elevados em todos os estratos considerados e para ambos os sexos, estas tendências revelaram-se estatisticamente significativas.

No que concerne às classes de escolaridade consideradas, observa-se um *gradiente* na severidade dos scores do Inventário de Depressão, no sentido esperado, isto é, aumentam a pontuação de sintomas depressivos, à medida que descem nas classes de escolaridade, em ambos os géneros, tendo as mulheres os valores mais elevados. De igual forma, esta tendência revela-se significativa do ponto de vista estatístico com a utilização do teste de Kurskal Wallis.

Em relação à idade, tanto nos homens como nas mulheres, foram os mais velhos que tiveram pontuações mais elevadas.

Para as mulheres com profissões superiores, os valores de pontuação dos sintomas depressivos foram os mais baixos, e, por ordem crescente de severidade dos sintomas neste género, encontramos as profissões intermédias, especializadas não manuais, semi-qualificadas, sem qualificação, sem profissão ou domésticas, desempregadas e reformadas ou inválidas. Para os homens, a pontuação mais baixa foi reportada para as profissões superiores. Os profissionais intermédios, especializados não-manuais e semi-qualificadas, apresentam a mesma mediana de pontuação de sintomas depressivos. Os homens desempregados, apresentam a maior mediana de pontuação de sintomas depressivos.

Para a percepção reportada dos rendimentos, a mesma tendência foi observada para homens e mulheres, tendo este último grupo as pontuações mais elevadas. Assim, em ambos os géneros, aqueles que reportaram terem rendimentos “insuficientes” tiveram pontuações mais elevadas nos sintomas depressivos, seguindo-se o *gradiente* em sentido decrescente para as declarações de “ter de ter cuidado com os gastos”, “chegar para as necessidades” e serem “confortáveis”. De novo esta tendência revelou-se estatisticamente significativa.

Quando considerados apenas o grupo dos reformados, em comparação com outra condição perante o trabalho, verifica-se que os primeiros revelam pontuações mais elevadas de sintomas depressivos em ambos os géneros. O mesmo se observa em relação ao grupo de participantes que reportaram pelo menos uma doença das anteriormente listadas, por comparação com quem não reportou nenhuma dessas doenças. Apesar dos “com doença” terem pontuações mais elevadas nos sintomas depressivos em ambos os sexos por contraste com os “sem doença”, esta tendência parece mais evidente nas mulheres do que nos homens.

Relativamente aos *clusters* geográficos, observamos um aumento na mediana das pontuações dos sintomas depressivos nas mulheres, sendo o valor mais baixo para o cluster que consideramos “mais vantajoso” e o mais alto para o que consideramos “menos vantajoso” do ponto de vista sócio-económico (utilizando as variáveis de caracterização anteriormente referidas). Contudo, as diferenças entre as medianas dos grupos considerados nas mulheres, não se revelaram estatisticamente significativas. Para os homens, o mesmo sucede (não existem diferenças estatisticamente significativas), obtendo estes, no geral, valores medianos mais baixos do que as mulheres em todos os *clusters* considerados.

Tabela 9. Regressão logística - OR para a classes do BDI na amostra (n=985), segundo variáveis socioeconómicas, Para BDI > 12

Preditor		Mulheres Estimativa (OR)		Homens Estimativa (OR)		Mulheres Estimativa (OR)		Homens Estimativa (OR)	
		Ajustado*	IC 95%	Ajustado*	IC 95%	Ajustado**	IC 95%	Ajustado**	IC 95%
Escolaridade	Ensino Superior					1		1	
	Até 4ª classe					1,34	(0,66-2,73)	2,30	(0,72-7,31)
	5º ao 9º					1,01	(0,51-2,00)	1,87	(0,64-5,48)
	10º ao 12º					1,14	(0,58-2,26)	1,98	(0,66-5,92)
Profissão (função actual declarada - reformados tomam função anterior & manuais ficam nos semi-qualificados)	Prof superiores	1		1		1		1	
	Prof intermédias	1,81	(0,82-3,99)	2,00	(0,65-6,16)	1,66	(0,74-3,75)	2,16	(0,70-6,67)
	Prof especializadas não manuais	2,29	(1,01-5,24)	1,11	(0,32-3,91)	2,44	(1,03-5,76)	1,33	(0,37-4,80)
	Prof semi-qualificadas	2,25	(0,81-6,24)	1,20	(0,34-4,81)	2,11	(0,73-6,09)	1,61	(0,42-6,21)
	Prof sem qualificação	2,14	(0,76-6,05)	1,87	(0,33-10,60)	2,28	(0,77-6,71)	2,56	(0,42-15,67)
	Sem profissão, domesticas	1,50	(0,59-3,83)	2,03	(0,17-24,40)	1,50	(0,58-3,89)	2,90	(0,24-35,34)
	Desempregados	2,90	(1,01-8,36)	3,83	(0,85-17,19)	3,11	(1,00-9,61)	5,03	(1,04-24,42)
Outra condição		1		1		1		1	
	Reformados	1,85	(1,20-2,84)	1,41	(0,76-2,59)	1,68	(0,93-3,04)	1,05	(0,43-2,56)
Percepção Rendimentos	Confortáveis	1		1		1		1	
	Insuficientes	3,29	(1,44-7,52)	1,40	(0,42-4,61)	3,37	(1,40-8,08)	1,19	(0,35-4,11)
	Tem de ter cuidado com os gastos	1,70	(0,87-3,32)	1,24	(0,45-3,39)	1,77	(0,89-3,50)	1,07	(0,38-3,00)
	Chega para as suas necessidades	0,85	(0,43-1,66)	1,09	(0,42-2,81)	0,77	(0,38-1,52)	0,99	(0,38-2,59)
Sem Doença		1		1		1		1	
	Presença Doença	2,58	(1,51-4,41)	2,03	(1,09-3,77)	2,05	(1,11-3,80)	1,75	(0,92-3,34)

*Ajustado para Escolaridade

**Ajustado para: idade, escolaridade, profissão, doença, rendimento

Tabela 9. Regressão logística - OR para a classes do BDI na amostra (n=985), segundo variáveis socioeconômicas, Para BDI > 12 (conclusão)

Clusters Geográficos		Mulheres Estimativa (OR)		Homens Estimativa (OR)		Mulheres Estimativa (OR)		Homens Estimativa (OR)	
		Ajustado*	IC 95%	Ajustado*	IC 95%	Ajustado**	IC 95%	Ajustado**	IC 95%
		1		1		1		1	
	Cluster 1- Nível mais alto	1		1		1		1	
	Cluster 2 – Nível alto	0,74	(0,34-1,64)	1,15	(0,37-3,60)	0,80	(0,35-1,80)	1,05	(0,34-3,36)
	Cluster 6 – Nível médio-alto	0,70	(0,30-1,69)	0,50	(0,14-1,84)	0,84	(0,33-2,11)	0,46	(0,13-1,73)
	Cluster 4 – Nível médio	0,89	(0,35-2,27)	0,98	(0,24-4,04)	0,97	(0,36-2,55)	0,87	(0,20-3,77)
	Cluster 7 – Nível médio-baixo	1,18	(0,34-4,13)	0,43	(0,07-2,67)	1,02	(0,28-3,74)	0,44	(0,07-2,87)
	Cluster 3 – Nível baixo	1,19	(0,17-8,54)	0 [†]	0 [†]	1,38	(0,17-11,01)	0 [†]	0 [†]
	Cluster 5 – Nível mais baixo	0 [†]	0 [†]	0 [†]	0 [†]	0 [†]	0 [†]	0 [†]	0 [†]

*Ajustado para Escolaridade

[†]Sem observações

**Ajustado para: idade, escolaridade, profissão, doença, rendimento

Enquanto resultado independente, um baixo nível de escolaridade está fortemente associado com pontuações mais elevadas de sintomas depressivos, observando-se uma diminuição dessa associação à medida que “sobe” a escolaridade e tomando como referência o ensino superior. Assim, para as mulheres com escolaridade até à 4ª classe observou-se uma estimativa pontual do OR de 3.56 (IC a 95%=2.11-6.01) para a apresentação sintomas depressivos mais altos, por comparação a um OR de 1.98 (IC a 95%=1.11-3.51) das mulheres com escolaridade entre o 5º e o 9º ano. Ambos os resultados se revelam estatisticamente significativos.

Para os homens os resultados da associação da escolaridade com a severidade de sintomas depressivos é ainda mais evidente e estatisticamente significativa para as 3 classes comparadas (ORs de 5.06, IC=1.97-13.03; 2.84, IC=1,06-7.60; 2.95, IC=1.05-8.33; para a escolaridade até à 4ª classe, 5º ao 9º ano e 10º ao 12º, respectivamente).

Relativamente ao Estado civil, encontramos uma associação positiva significativa entre as mulheres viúvas e os sintomas depressivos (OR=2.00, IC=1.12-3.58), enquanto mulheres e homens solteiros apresentam uma associação negativa significativa, resultado indicativo de alguma “protecção” no sentido de obter pontuações mais elevadas.

Para a idade, tanto nas mulheres como nos homens, o OR bruto para a apresentação de sintomas depressivos mais elevados, é maior à medida que sobe o escalão etário. Assim, para a classe dos 45-64 anos, por comparação com a classe dos 18-44 anos, as mulheres apresentam um OR bruto de 2.45 (IC=1.39-4.29) e os homens de 3.59 (IC=1.22-10.57). Para as mulheres com mais de 65 anos de idade o OR bruto é de 4.14 (IC=2.24-7.63) e para os homens com mais de 65 anos é de 4.85 (IC=1.62-14.53).

No que concerne à Percepção dos Rendimentos, o modelo “bruto” demonstra um claro gradiente, nas estimativas pontuais, tomando os rendimentos “confortáveis” como a classe de referência. Destacamos neste modelo o valor da estimativa para as mulheres que consideraram os seus rendimentos insuficientes, com uma razão de “odds” de cerca de 5.4 vezes superior na associação com os sintomas mais severos de depressão, por comparação com as de rendimentos “confortáveis”. Para os homens, esta estimativa é de cerca de 2.7 vezes superior nos que reportam rendimentos “insuficientes” por comparação com os “confortáveis”. A classe “chega para as suas necessidades”, não apresenta uma razão de “odds” significativa tendo conta as estimativas dos modelos brutos e ajustados.

No que concerne às profissões, optou-se por considerar a função reportada como “aquilo que fazia antes de se reformar” para todos os reformados, ficando estes com essa codificação na presente análise. Assim, tanto para as mulheres como para o homens,

observaram-se “odds ratio” superiores, num gradiente de “prestígio” das suas profissões. Destacam-se nas mulheres um valor mais elevado observado nas profissionais semi-qualificadas (OR bruto= 1.79, IC=2.11-11.47), tendo como classe de referência as profissões superiores. Também as mulheres com profissões sem qualificação, sem profissão ou domésticas e desempregadas ou inválidas, apresentam ORs brutos estatisticamente significativos (4.38, IC=1.90-10.11; 2.65, IC=1.20-5.83; 4.25, IC=1.57-11.54, respectivamente). Para os homens com profissões semi-qualificadas observa-se um OR de 3.27 (IC=1.10-9.74), com profissões sem qualificação o OR é de 4.91 (IC=1.03-23.41) e o maior OR com significância estatística, obteve-se para os desempregados, com cerca de 7.7 vezes maior probabilidade de odds de apresentar sintomas depressivos mais severos (IC=1.89-29.76).

Para a variável “Reformados” as mulheres exibem um OR de 2.33 (IC= 1.55-3.50), e os homens um OR de 1.89 (IC=1.06-3.36).

Para a variável, “presença de doença”, nas mulheres, mais do que o homens, observou-se um valor de “odds” cerca de 2 vezes superior na associação com a presença de maior pontuação de sintomas depressivos, com significância estatística, por comparação com a classe “ausência de doença”.

Relativamente aos *clusters* geográficos, apenas nas mulheres se observa um OR de 2.52 (IC=0.77-8.31) e de 2.4 (IC=0.35-16.40) para os *clusters* de nível socioeconómico médio-baixo e baixo, indicativos de uma associação com os sintomas depressivos, no entanto sem serem estatisticamente significativos. Para os homens, não parece haver nenhuma associação assinalável com os clusters geográficos, sendo o OR mais alto obtido para o cluster 4 (1.7, IC=0.44-6.65).

Para o cluster com o nível socioeconómico mais baixo, não obtivemos participantes que residissem nos locais assim classificados. Nem homens residentes em subsecções classificadas com o cluster correspondente a um nível socioeconómico baixo.

No modelo ajustado para a escolaridade, observa-se um gradiente das profissões para os homens, contudo, todas as estimativas deixam de ter significância estatística. A classe dos desempregados, continua a ser a que apresenta a maior probabilidade de odds, com cerca de 3.8 vezes maiores *chances* de ter sintomas depressivos acima 12 (IC=0.85-17.19).

Para as mulheres, a tendência mantém-se no mesmo sentido, permanecendo significativas as estimativas para as profissões especializadas não manuais, e desempregadas (ORs de 2.29, IC= 1.01-5.24; 2.90, IC=1.01-8.36, respectivamente).

Para o modelo ajustado com todos os confundidores que procuram associação com as profissões, as tendências das estimativas pontuais, no geral mantêm-se, mas não se observam

associações estatisticamente significativas excepto para as mulheres profissionais especializadas não manuais (OR de 2.44, IC=1.03-5.76) e para os desempregados do sexo masculino (OR de 5.03, IC=1.04-24.42).

Para a variável “Reformados” as mulheres exibem um OR de 1.85 (IC=1.20-2.84) que perde a significância estatística no modelo ajustado para todos os confundidores. Para os homens, ser reformado tem igualmente uma associação forte com a probabilidade de “odds” de severidade de depressão, contudo, a estimativa dos modelos ajustados, deixa de ser estatisticamente significativa.

Nos modelos ajustados para a escolaridade, e para todas as variáveis confundidoras, as mulheres com rendimentos “insuficientes” mantêm uma estimativa significativa de cerca de 3 vezes de apresentar sintomas depressivos mais “severos” por comparação com as de rendimentos “confortáveis” (IC=1.44-7.52, ajustando para a escolaridade e IC=1.40-8.08 ajustando para idade, escolaridade, profissão, presença de doença e percepção dos rendimentos).

A “presença de doença” apenas perde significância estatística no modelo ajustado para todos os confundidores e para os homens. Nas restantes estimativas (ajustadas para a escolaridade e para as mulheres considerando todos os confundidores), mantêm-se uma associação de cerca de 2 vezes mais probabilidade de odds de ter sintomas depressivos com pontuação acima de 12.

Relativamente às características geográficas, observa-se um aumento gradual nas estimativas dos OR tendo como referência o cluster com o nível socioeconómico mais alto (“mais vantajoso”). Isto observa-se para as mulheres que, nos clusters “menos vantajosos” obtiveram estimativas de ORs superiores. Contudo, nenhuma estimativa atinge a significância estatística e para os homens, não parece existir uma associação congruente com essas características, para nenhum dos modelos que têm em conta os factores de confundimento.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Pretendemos, nos parágrafos seguintes, sintetizar alguns aspectos dos nossos resultados, passíveis de os colocar em confronto com a teoria e estudos conhecidos, reportando-nos ao sentido das associações encontradas nas várias análises estatísticas, não descurando as limitações inerentes a este tipo de estudo.

A frequência encontrada para os sintomas depressivos classificados de acordo com os pontos de corte sugeridos pelo autor do instrumento utilizado, permitem-nos conjecturar acerca da severidade dos mesmos: 10,6% das mulheres e 3,8% dos homens da amostra

apresentam pontuação acima de 19 no Inventário de Depressão de Beck. Se assumirmos que estas pessoas possam ter sofrido naquele período de avaliação, efectiva Perturbação Depressiva *Major*, poderíamos considerar que não se aplica a caracterização descrita no DSM-IV-TR (APA, 2000), de que as taxas de prevalência para a Perturbação Depressiva *Major* parecerem “não estar relacionadas com a raça, educação, nível salarial ou estado civil” (p.372). Pela análise da distribuição dos sintomas ao longo das diferentes variáveis estudadas, não só estas fazem variar, na nossa amostra, a frequência dos sintomas depressivos auto-reportados, como parecem sugerir um gradiente expectável, no sentido de “maior vantagem socioeconómica”, “menor manifestação de sintomas depressivos”.

Relativamente ao estado marital, esperaríamos, de acordo com Bebbington et al., (1998), que o casamento pudesse ter efeitos negativos nas mulheres, (devido às exigências impostas por esse estatuto, limitadores de outros papéis sociais disponíveis). Contudo, na nossa amostra, tanto as mulheres solteiras, como os homens solteiros, evidenciam menores pontuações na escala de sintomas depressivos. Os viúvos e divorciados/separados, são o grupo que apresenta as pontuações mais elevadas de sintomas depressivos, quando comparados com os casados.

No que se refere à profissão e, numa possível e discutível hierarquia existente, poderemos estar perante um padrão indicador de um “desligar” defensivo do afecto positivo nos contextos onde as pessoas serão mais propensas a interpretar o seu estatuto como tal (Gilbert, 2006). De facto, mais nas mulheres do que nos homens, estar desempregado, ou ter uma profissão semi-qualificada ou especializada não-manual, foi “pior” por comparação com os que estavam em profissões “superiores”. Apesar das estimativas nos homens não atingirem a significância estatística nos modelos logísticos ajustados, é claro o gradiente crescente da pontuação, à medida que se “desce” no “prestígio” das profissões, e vai de encontro aos resultados esperados, observados noutros estudos que exploram esta relação especificamente nas profissões (Hemingway et al., 1997).

Este resultado, parece confirmar a tese de que de facto, ter um emprego, tende a revelar efeitos psicológicos benéficos (Gorn, Sainz, & Icaza, 2005), e por oposição, estar desempregado, revela-se *depressogénico* (como o demonstram os resultados, mesmo tendo em conta os vários factores de confundimento considerados).

Se partirmos para uma abordagem mais “comportamental” poderíamos atribuir os valores encontrados para as pessoas com menor “estatuto”, rendimento, e, porventura, menor controlo sobre as suas circunstâncias laborais, ao facto de estas deterem “piores” características pessoais (Bartley, 2004) – por não terem sido bem sucedidas no seu percurso escolar (ou por não lhes ter sido dada essa oportunidade), adquiriram piores empregos e piores

rendimentos, conduzindo isto a sucessivos “deslizes” na hierarquia, a sentimentos de perda face ao confronto com a impotência de “competir” na sociedade (Gilbert, 2006).

Do ponto de vista “materialista”, observamos com alguma clareza o referido “gradiente” citado há já algum tempo pelos estudos que exploraram esta relação (desde o “Black Report” inglês). Nestes, por cada “ponto” a menos no rendimento medido individualmente, resulta um “ponto” a menos em termos de saúde, desde as categorias mais altas às mais baixas. Apesar de não termos usado uma medida objectiva do rendimento, julgamos ter captado a essência da sua representação para os participantes no estudo, e em todos os momentos da nossa análise (i.e., para homens e mulheres, controlando ou não o efeito da escolaridade, da idade, da presença ou ausência de doença e da profissão), quem tem rendimentos “confortáveis”, expressou “menores” sintomas depressivos do que quem tem rendimentos que “chegam para as suas necessidades”, que por sua vez, tinham menores sintomas do que quem tem de “ter cuidado com os gastos”, que, por seu turno tinham menores sintomas do que quem tem rendimentos “insuficientes”. Segundo Bartley, (2004), poderíamos interpretar os resultados do “rendimento” pela via da “disponibilidade” – o dinheiro compra coisas, algumas das quais podem ser importantes para a sua saúde, ou pela via da “protecção” - o poder de controlar o que acontece no dia-a-dia, evitando situações, potencialmente *depressoras*.

No que se refere aos resultados obtidos para o “ambiente”, os nossos resultados, apontam para uma associação entre as características da “vizinhança” e os sintomas depressivos, no sentido que esperávamos, mas apenas para as mulheres. Para os homens, não parece ser possível uma interpretação clara dos resultados encontrados. Apesar de não existir nenhum OR com significância estatística quer nos modelos “brutos” como ajustados, não se poderá afirmar, pelo menos para as mulheres, pela inexistência de uma associação. Por se terem observado valores crescentes na magnitude da associação à medida que se “descia” na hierarquia obtida para as subsecções, e tendo em conta a “suavização” realizada, poderão existir características do meio envolvente, que desempenhem um papel na expressão de sintomatologia depressiva, nas mulheres da nossa amostra. Os aglomerados caracterizados pelas piores condições de habitação (esgotos, retrete, electricidade), e a maior proporção de pessoas dependentes do subsídio de desemprego ou Rendimento Mínimo Garantido, assim como o desemprego, medido a este nível, parecem ter alguma influência na expressão dos sintomas depressivos, para este grupo. De igual forma, se tivermos em conta as características do cluster com o nível mais socioeconómico mais baixo, como a baixa escolaridade, a maior proporção de alojamentos sobrelotados e maior proporção de profissionais com qualificações

baixas, assim como o desemprego, afiguram-se-nos como factores que, assim medidos, parecem associar-se aos sintomas depressivos mais “intensos” sentidos pelas mulheres. Apesar das estimativas para estas classes terem demonstrado intervalos de confiança que não permitem excluir a não-associação, eles mantêm-se como mais elevados mesmo após ajuste para as variáveis medidas ao nível individual. Ou seja, o efeito destas características do “ambiente”, deve ser alvo de aprofundamento, não devendo ser negligenciado à partida.

Compete-nos esclarecer que, apesar da aparente robustez dos dados utilizados ao nível da área, a metodologia adoptada, possui algumas limitações. Primeiramente, poderemos estar perante indicadores que poderão não ser os melhores caracterizados dos construtos que procuramos identificar, ou não serem estes aqueles com maior influência nos sintomas depressivos. Acresce a esta incerteza o facto da georeferenciação dos participantes possuir um erro de alguns metros e ter sido baseada nas suas moradas, o que se traduz numa colocação no espaço bastante peculiar, quando se trabalham dados ao nível da subsecção. Escolhemos este nível de desagregação pela disponibilidade e para maximizar a força das nossas associações, contudo, os limites das subsecções coincidem com limites das ruas do concelho, locais onde “colocamos” os participantes com base nas suas moradas (e números de porta). Isto poderia fazer com que um participante atribuído a uma subsecção “baixa” na hierarquia socioeconómica considerada, estivesse, por poucos metros, erradamente colocado na subsecção imediatamente ao lado, que poderia ter outro valor na hierarquia. Como tal, optamos por fazer a média das pontuações das subsecções vizinhas, obtendo um valor médio para cada subsecção e que utilizamos nas nossas análises, valor esse que é mais homogéneo, ou menos “contrastante” entre as áreas.

No geral, os nossos resultados vão de encontro a vários dos trabalhos mais relevantes sobre o assunto, como os de Kaplan e colaboradores (2008), os de Carter e colaboradores (2009) e encaixam nas revisões de Lorant e colaboradores (2007). Mas como referido, muitos dos estudos epidemiológicos que analisam as perturbações psiquiátricas, partilham de algumas limitações, que no nosso estudo tentamos minimizar. Falamos da inclusão apenas de doentes nas suas amostras (enquanto decidimos partir dos dados da população geral) e a utilização de instrumentos de despiste de sintomas que, muitas vezes, carecem da especificidade necessária para a correcta avaliação pretendida (Fryers et al., 2005), não permitindo comparações com outros estudos (cremos que a utilização de um Inventário de Depressão amplamente testado e de encontro aos critérios de diagnóstico de maior consenso, se traduz numa vantagem).

Pretendemos ainda referir o que se pode considerar como outras limitações do nosso estudo: uma vez que observamos comparações estatisticamente significativas nas

características da amostra utilizada com os restantes participantes seleccionados, a generalização destes resultados deve ser cautelosa. Contudo, trata-se de uma amostra comunitária relativamente “grande” por comparação com muitos estudos que ensaiam análises similares. Também os resultados obtidos devem ser interpretados adequadamente quando se trata de aferir a causalidade: por se tratar de um estudo transversal (as análises correspondem apenas a um momento no tempo), não se poderá abandonar a hipótese de causalidade inversa, isto é, o sentido das associações pode não ser o expectável. Neste caso, os sujeitos observados com maior pontuação na escala de sintomas depressivos, podem apresentar “piores” classificações nas variáveis socioeconómicas analisadas, porque a *depressão* os levou a desenvolverem índices nesse sentido.

CONCLUSÕES

As sociedades ocidentais actuais enfrentam determinados desafios muito específicos no que concerne à saúde mental dos seus cidadãos. Para além da consistente identificação de determinadas perturbações psiquiátricas enquanto fenómenos muito prevalentes, os resultados das várias *descrições* epidemiológicas evidenciam a crescente preocupação com a *carga* associada à psicopatologia e incentivam à urgente contextualização e aprofundamento na procura das causas e determinantes da doença mental, único caminho responsável, para um correcto planeamento de todos os cuidados e recursos necessários (Patel, 2007).

Por sabermos que um baixo estatuto socioeconómico (e uma menor escolaridade) está associado com uma maior morbidade psiquiátrica (Lewis et al., 1998), e que esta relação se revelou válida para a depressão (Lorant et al., 2003), afigurou-se-nos como premente efectuar esta caracterização no nosso contexto: na maioria dos casos de “controvérsia” as recomendações vão no sentido de procurar o sentido das associações na população para a qual se pretende intervir, no contexto. Não é nosso intuito “intervir” no sentido da tomada de decisões e implementação de medidas, mas tentar contribuir com algum conhecimento contextualizado, para quem poderá vir a tomar essas decisões.

De acordo com as teorias mais recentes que nos socorreram, por *detrás* de síndromes depressivos, poderá estar uma percepção de falhanço na capacidade de “competir” por recursos sobretudo sociais, como obter empregos valorizados ou obter recursos materiais suficientes para reduzir o stress das dificuldades de vida como a pobreza (Gilbert, 2006). À luz dos resultados que obtivemos e discutimos, isto poderia ser aplicável ao nosso contexto (apesar das limitações de generalização referidas).

Segundo Bartley, (2004), pessoas em classes menos vantajosas estão, por definição, em empregos menos seguros, e isto, inviabiliza a “auto-regulação” proposta por Siegrist e colaboradores, (1997), obtida pelo preenchimento dos papéis sociais centrais (de trabalhador, membro de uma família, cidadão activo) e, por consequência, a aceitação do indivíduo no seu contexto social e na sociedade em geral.

De igual forma, o facto de encontrarmos congruência nos resultados dos sintomas depressivos dos participantes cujas profissões poderão ser consideradas “inferiores” e nos desempregados, poderá ser interpretado como evidência de um desequilíbrio esforço-recompensa em relação à sua saúde. Se a segurança laboral é uma das maiores formas de “recompensa” (Bartley, 2004), e a ausência desta é factor de risco para uma pior saúde (geral), e explicitamente mais “stressante” quando a progressão na carreira não coincide com

o esforço dispensado (Siegrist et al., 1997), os resultados que hipotetizamos e observamos para a classe dos reformados, poderá estar a enfatizar esta relação.

Finalmente, importa referir que os nossos resultados, apesar de não evidenciarem com significância estatística a associação encontrada, revelam que as mulheres que vivem em bairros urbanos “menos vantajosos” poderão estar expostas a um maior número de stressores e ter menor acesso a recursos salutarés, quando comparadas com pessoas que vivem em locais mais vantajosos do ponto de vista socioeconómico (ou pelo menos, do ponto de vista dos indicadores sócio-demográficos que utilizamos). Aqui, não possuímos evidência que refute o mecanismo explicativo proposto (a vulnerabilidade diferencial, isto é, quem vive nos “piores” locais, está mais susceptível de experimentar eventos “stressores” como violência e desemprego), (Judd et al., 2001; Galea et al., 2007).

Apesar das limitações encontradas, acreditamos que futuros estudos poderão aprofundar e evidenciar com maior clareza a associação que tentamos evidenciar. Para tal, serão necessárias amostras que representem a população geral de um centro urbano, serão necessárias mais medidas do nível socioeconómico dos participantes, assim como confirmações “clínicas” dos diagnósticos psicopatológicos em estudo. Da mesma forma, apenas uma clara e específica consideração de todos os factores ambientais que caracterizem o contexto “habitacional” de cada pessoa, poderá esclarecer acerca do efeito que o local onde vivemos tem, sobre a nossa saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, M., & Melão, N. (2007). Para uma tipologia socio-económica da área metropolitana do Porto: uma análise estatística multivariada. *Polytechnical Studies Review*, 8, 215-242
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington D.C: American Psychiatric Association.
- Bartley, M. (2004). *Health Inequalities – An Introduction to Concepts, Theories and Methods*. Cambridge: Polity Press.
- Bebbington, P. (1996). The origins of sex differences in depressive disorder: Bridging the gap. *International Review of Psychiatry*, 8 (4), 295-328.
- Bebbington, P. (1998). Sex and Depression. *Psychological Medicine*, 28, 1-8.
- Beck, A. T., Steer, R.A., & Garbin, G.M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-7.
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. London: Routledge.
- Bosma, H., van de Mheen, H.D. & Mackenbach, J.P. (1999) Social class in childhood and general health in adulthood: questionnaire study of contribution of psychological attributes. *British Medical Journal*, 318, 18-22.
- Caraça, B.J. (1941) *Conceitos Fundamentais da Matemática*. 1ª Secção – Ciências e Técnicas – Numº1. Lisboa: Biblioteca Cosmos.
- Cardoso, P., Rodrigues, C., & Vilar, A. (2004). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 4, (XXII), 667-675.
- Carter, K.N., Blakely, T., Collings, S., Gunasekara, F.I. & Richardson, K. (2009). What is the association between wealth and mental health? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, 221-226.
- Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry*, 17, 222-226.
- Costa, A.F., Machado, F.L., & Almeida, J.F. (1990). Estudantes e amigos – trajectórias de classe e redes de sociabilidade. *Análise Social*, 105-106, 193-221.

- Dohrenwend, B.P., Levav, I., Shrout, P.E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B.G., Skodol, A.E., & Stueve, A. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science*, *21* (5047), 946-52.
- Dunteman, G.H. (1994). Principal Components Analysis. In M.S. Lewis-Beck (Ed.), *Factor analysis and Related Techniques* (pp. 157-244). London: Sage Publications.
- Estanque, E. & Mendes, J. M. (1998). *Classes e Desigualdades Sociais em Portugal – um estudo comparativo*. Porto: Afrontamento.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). ""Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". *Journal of psychiatric research*, *12* (3), 189–98.
- Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R. & Brugha, T. (2005). The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, *1*, 14.
- Galea, S., Ahern, J., Nandi, A., Tracy, M., Beard, J., & Vlahov, D. (2007). Urban Neighborhood Poverty and the Incidence of Depression in a Population-Based Cohort Study. *Annals of Epidemiology*, *17*, 171-179.
- Galobardes, B. Lynch, J.& Davey Smith, G. (2007). Measuring socioeconomic position in health research. *British Medical Bulletin*, *1-17*.
- Gilbert, P. (2006). Evolution and depression: issues and implications. *Psychological Medicine*, *36*, 287-297.
- Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, *28*, 585-598.
- Gorn, S. B., Sainz, M. T., & Icaza, M. E. M.-M. (2005). Variables Demográficas Asociadas con La Depresión: Diferencias entre Hombres y Mujeres Que Habitan en Zonas Urbanas de Bajos Ingresos. *Salud Mental*, *28* (6), 33-40.
- Gusmao, R. M., Xavier, M., Heitor, M. J., Bento, A., & Almeida, J. M. C. (2005). O Peso das Perturbações Depressivas - Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, *18*, 129-146.
- Harris, T. (2001). Recent developments in understanding the psychosocial aspects of depression. *British Medical Bulletin*, *57*, 17-32.

- Hemingway, H., Nicholson, A., Stafford, M., Roberts, R., & Marmot, M. (1997). The Impact of Socioeconomic Status on Health Functioning as Assessed by the SF-36 Questionnaire: The Whitehall II Study. *American Journal of Public Health*, 87 (9) 1484-1490.
- Henkel, V., Bussfeld, P., Möller, H. J., & Hegerl, U. (2002). Cognitive-behavioural theories of helplessness/hoplessness: Valid models of depression? *European Archives of Clinical Neuroscience*, 252, 240-249.
- Judd, F. K., Jackson, H. J., Komiti, A., Murray, G., Hodgins, G., & Fraser, C. (2001). High prevalence disorders in urban and rural communities. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 104-113.
- Kaplan, G. A., Shema, S. J., & Leite, A. C. M. (2008). Socioeconomic Determinants of Psychological Well-Being: The Role of Income, Income Change, and Income Sources During the Course of 29 Years. *Annals of Epidemiology*, 18, 531-537.
- Kim, D. (2008). Blues from the Neighborhood? Neighborhood Characteristics and Depression. *Epidemiologic Reviews*, 30, 101-117.
- Lasa, L., Ayuso-Mateos, Vázquez-Barquero, J.L., Díez-Manrique, F.J. & Dowrick, C.F. (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal of Affective Disorders*, 57, 261-265.
- Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., Jenkins, R., & Meltzer, H. (1998). Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. *The Lancet*, 352, 609-613.
- Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Delière, D., Mackenbach, J. & Ansseau, M. (2007). Depression and socio-economic risk-factors: 7-year longitudinal population study. *British Journal of Psychiatry*, 190, 293-298.
- Lorant, V., Delière, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157, 98–112.
- Lynch, J.W., Kaplan, G.A., Cohen, R.D., Kauhanen, J., Wilson, T.W., Smith, N.L. & Salonen, J.T. (1994). Childhood and adult socioeconomic status as predictors of mortality in Finland. *The Lancet*; 343 (8896), 524-7.
- Machado, F.L., Costa, A.F., Mauritti, R., Martins, S.C., Casanova, J.L. & Almeida, J.F. (2003). Classes sociais e estudantes universitários: Origens, oportunidades e orientações. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 66, 45-80.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365, 1099-104.

- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*, 370, 1153-63.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370, 851-858.
- Muntaner, C., Eaton, W.W., Miech, R. & O'Campo, P. (2004). Socioeconomic position and Major Mental Disorders. *Epidemiologic Reviews*, 36, 53-62.
- Nesse, R.M. (2000). Is Depression an adaptation? *Archives of General Psychiatry*; 57 (1), 14-20.
- Nestler, E. J., Gould, E., Manji, H., Bucan, M., Duman, R. S., Gershenfeld, H. K., Hen, R., Koester, S., Lederhendler, I., Meaney, M. J., Robbins, T., Winsky, L., & Zalcman, S. (2002). Preclinical Models: Status of Basic Research in Depression. *Biological Psychiatry*, 52, 503-528.
- Netterstrøm, B., Conrad, N., Bech, P., Fink, P., Olsen, O., Rugulies, R., & Stansfeld, S. (2008). The Relation between Work-related Psychosocial Factors and the Development of Depression. *Epidemiologic Reviews*, 30, 118-132.
- Ostler, K., Thompson, C., Kinmonth, A.-L. K., Peveler, R. C., Stevens, L., & Stevens, A. (2001). Influence of socio-economic deprivation on the prevalence and outcome of depression in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 178, 12-17.
- Patel, V. (2007). Mental Health in low- and middle-income countries. *British Medical Bulletin*, 81 and 82, 81-96.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Ramos, E., Lopes, C. & Barros, H. (2004). Investigating the Effect of Nonparticipation Using a Population-Based Case–Control Study on Myocardial Infarction. *Annals of Epidemiology*, 14, 437–441.
- Reis, E. (2001). *Estatística Multivariada Aplicada*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Roldão, C. (2009). Classes sociais e estratificação social: Algumas notas sobre o desenvolvimento da publicação científica portuguesa num domínio específico da Sociologia. *CIES e-Working Papers*, N. ° 68/2009.
- Siegrist, J., Peter, R., Cremer, P. & Seidel, D. (1997). Chronic work stress is associated with atherogenic lipids and elevated fibrinogen in middle-aged men. *Journal of Internal Medicine*. 242, 149-156.

- Silver, E., Mulvey, E. P., & Swanson. (2002). Neighborhood structural characteristics and mental disorder: Faris and Dunham revisited. *Social Science and Medicine*, 55, 1457-1470.
- Skapinakis, P., Weich, S., Lewis, G., Singleton, N. & Araya, R. (2006). Socio-economic position and common mental disorders. *British Journal of Psychiatry*. 189; 109-117.
- Stevens, A., & Price, J. (1996). *Evolutionary Psychiatry: A New Beginning*. First edition. London: Routledge.
- Taylor, R., Page, A., Morrell, S., Harrison, J., & Carter, G. (2005). Mental Health and the socio-economic variations in Australian Suicide. *Social Science and Medicine*, 61, 1551-1559.
- Tombaugh, T.N., & McIntyre, N.J. (1992). The mini-mental state examination: a comprehensive review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40, 922-935.
- Vázquez-Barquero, J.L. & Hérran, A., (2000). Actas da Conferencia de Évora – Determinantes da Saúde na União Europeia.
- Weiss, E. L., Longhurst, J. G., & Mazure, C. M. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 156, 816-828.