

Desigualdades Socioeconómicas na Expressão de Sintomas Depressivos

Diogo Costa*, Cristina Queirós†, António Marques‡

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. 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.

PALAVRAS-CHAVE: DESIGUALDADES; SOCIOECONÓMICO; SINTOMAS DEPRESSIVOS

Socioeconomical Inequalities in the Manifestation of Depressive Symptoms

SUMMARY: 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. In this chapter, an incursion is made in the latest theoretical trends concerning the study phenomenon etiology (depression), as a nosologic entity disposed in a continuum of signs and typical symptoms, making use of epidemiologic data and consensual reviews, whenever possible. The adopted perspective uses psychological lenses in the search for plausible rationalizations and risks a social insight in the pursuance of determinants and observed inequalities for the hard distinction of depressive phenomena.

KEY-WORDS: INEQUALITIES; SOCIOECONOMIC; DEPRESSIVE SYMPTOMS

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 depressão¹, 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 (1).

Segundo o DSM-IV-TR (2): “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 (3-5).

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 pinelar vários

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 (2).

*Serviço de Higiene e Epidemiologia, Faculdade de Medicina Universidade do Porto e Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto; †Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto; ‡Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Instituto Politécnico do Porto

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 ressaltamos 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 (6,7).

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 hipotálamo-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 (8).

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.

Certas revisões (9) sugerem 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 (10). 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 (9). 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 (11). 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 (7).

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. Na revisão das evidências sobre os efeitos produzidos pelas expectativas e estilos atribucionais na depressão (12), 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 (12), 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 determi-

nados estímulos ambientais, com depressão (13).

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 (14).

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...” (15).

Algumas teorias evolucionárias sugeridas para a explicação da depressão (enquanto “desligar” do afecto positivo), sugerem que esta perturbação emerge a partir da activação de estratégias defensivas que evoluíram em períodos pré-humanos (16). 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 (16).

Existem, portanto várias teorias que consideram ser vantajoso “desligar” o afecto positivo e aumentar os sentimentos negativos. A explicação evolucionária emerge das tentativas de identificação da forma como as características de situações improficuas, nas quais o esforço da prossecução dos objectivos pode resultar em perigo, perda, danificação corporal, ou esforço desperdiçado (17). 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.

Estas teorias podem ser agrupadas em teorias não-sociais e sociais (16).

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” (18).

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 (19).

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 (16).

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 o tema em estudo.

3.1. Metodologias utilizadas

As sociedades desenvolvem e mantêm sistemas de estratificação social através de várias dimensões (20), 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, 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 inteira-

mente 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 (21).

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 (20).

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 (20).

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) (21). 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 assumida-

ente 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” (21). 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 operacionalização e consequente 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 (20).

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 (20).

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 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 (20).

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

² 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 (22). 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 implícito ou mais reflexivo, na prática social (sistemas de disposições) (23).

Importa ainda referir que o estudo das classes e estratificação em contexto nacional, é igualmente constatável nas obras de Dulce Maria Magalhães, Almeida, Benavente, Rosa, Costa e Ávila, Villaverde Cabral, Elísio Estanque e José Manuel Mendes e Maria Cidália Queiroz (24). A questão da mobilidade social foi também tema de investigação de Almeida, Costa e Machado, Magalhães, Costa e Machado, Estanque e Mendes e Queiroz (24). 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.

de estudos descrevendo as desigualdades observadas em doentes do foro mental (25,26).

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 (26) 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 (27).

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 (28), 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”. O preenchimento dos papéis sociais centrais (de trabalhador, membro de uma família, cidadão activo) será responsável pela auto-regulação pessoal (29). 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 sinais 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”.

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 (29). Esta análise poderia continuar, investigando-se a forma como a posição socioeconómica 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 (27). 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. Parecem existir factores culturais, que têm sido ignorados pela investigação, e que podem estar

na explicação de tais diferenças (27).

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 (27).

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 “Whitehall”³ 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 (27).

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 incluímos nestes modelos psico-sociais de explicação das desigualdades.

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 a 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 (27).

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 (27).

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

³ O estudo Whitehall originalmente pretendeu investigar os determinantes sociais de saúde, especificamente a prevalência de doença cardio-respiratória 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 (30).

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 (27).

Pensa-se que os glucocorticóides 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 (29).

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” (29).

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 (27). 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.

Na Alemanha (29), foi desenvolvido 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 (31).

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 (27).

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 (32). 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 (27), 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 adultez, 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) (33).

Outra investigação importante, foi aquela realizada com os dados de 2600 homens Finlandeses (32). 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, excluindo 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 socioeconómico (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 idiossincrasias comunitárias (34).

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 (35). Para além destes, as World Mental Health Surveys têm produzido numerosos dados, através da utilização de entrevistas estan-

dardizadas, 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 (35).

Na generalidade, um baixo estatuto socioeconómico está associado com uma maior morbilidade 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 controversia quando esta associação procura analisar a depressão, dentro das perturbações psiquiátricas mais prevalentes em grupos socioeconómicos mais baixos (36).

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 (37).

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 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 (36).

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 num estudo prospectivo (29 anos) (38). 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, um estudo na Nova Zelândia (39), 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 "riqueza"⁶ (OR= 3,06; IC 95%: 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; IC 95%: 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 outro estudo longitudinal 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 (40). Também aqui, à medida que as condições socioeconómicas pioraram, também as medidas relativas à depressão se revelaram piores (40).

Por fim, outro estudo longitudinal realizado no Reino Unido, encontrou resultados inconclusivos para a associação anteriormente referida (41). 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 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

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.

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 (42), 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 (42).

3.3.3. Estudos geográficos e classificações utilizadas

Há mais de 60 anos, os investigadores da escola de Chicago, Faris e Dunham (43) 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 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 (43).

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 indi-

víduos 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 (43). 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 (44), onde os maiores estudos epidemiológicos foram analisados, sugere-se 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 (44).

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

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.

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.

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) (45).

No essencial, os autores demonstraram que as odds de incidência de depressão maior, 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 expostas 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) (45).

Finalmente, uma revisão efectuada sobre os estudos que procuram os factores etiológicos relativos aos “bairros”, associados com a depressão, (46) 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 (46,47).

CONCLUSÃO

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 (35).

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.

REFERÊNCIAS

- 1 - Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007;370:851-8.
- 2 - American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington D.C: American Psychiatric Association; 2000.
- 3 - Cardoso P, Rodrigues C, Vilar A. Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica* 2004;4:667-75.
- 4 - Gusmao RM, Xavier M, Heitor MJ, Bento A, Almeida JMC. O Peso das Perturbações Depressivas - Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Act Med Port* 2005;18:129-46.
- 5 - Netterstrøm B, Conrad N, Bech P, Fink P, Olsen O, Rugulies R, Stansfeld S. The Relation between Work-related Psychosocial Factors and the Development of Depression. *Epidemiol Rev* 2008;30:118-32.
- 6 - Nestler EJ, Gould E, Manji H, et al. Preclinical Models: Status of Basic Research in Depression. *Bio Psychiatry* 2002;52:503-28.
- 7 - Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. *Br J Psychiatry* 2000;177:486-92.
- 8 - Weiss EL, Longhurst JG, Mazure CM. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry* 1999;156:816-28.
- 9 - Bebbington P. Sex and Depression. *Psychol Med* 1998;28:1-8.
- 10 - Coelho R, Martins A, Barros H. Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *Eur Psychiatry* 2002;17:222-6.
- 11 - Gorn SB, Sainz MT, Icaza MEMM. Variables Demográficas Asociadas con La Depresión: Diferencias entre Hombres y Mujeres Que Habitan en Zonas Urbanas de Bajos Ingresos. *Salud Mental* 2005;28:33-40.
- 12 - Bebbington P. The origins of sex differences in depressive disorder: Bridging the gap. *Int Rev Psychiatry* 1996;8:295-328.
- 13 - Harris T. Recent developments in understanding the psychosocial aspects of depression. *Br Med Bull* 2001;57:17-2.
- 14 - Henkel V, Bussfeld P, Möller HJ, Hegerl U. Cognitive-behavioural theories of helplessness/hoplessness: Valid models of depression? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002;252:240-9.
- 15 - Stevens A, Price J. *Evolutionary Psychiatry: A New Beginning*. First edition. London: Routledge; 1996.
- 16 - Gilbert P. Evolution and depression: issues and implications. *Psychol Med* 2006;36:287-97.
- 17 - Nesse RM. Is Depression an adaptation? *Arch Gen Psychiatry* 2000;5:4-20.
- 18 - Gilbert P, Allan S. The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychol Med* 1998;28:585-98.
- 19 - Taylor R, Page A, Morrell S, Harrison J, Carter G. Mental Health and the socioeconomic variations in Australian Suicide. *Soc Sci Med* 2005;61:1551-9.
- 20 - Galobardes B, Lynch J, Davey Smith G. Measuring socioeconomic position in health research. *Br Med Bull* 2007;1-17.
- 21 - Estanque E, Mendes JM. *Classes e Desigualdades Sociais em Portugal – um estudo comparativo*. Porto: Afrontamento; 1998.
- 22 - Costa AF, Machado FL, Almeida JF. Estudantes e amigos – trajetórias de classe e redes de sociabilidade. *Análise Social* 1990;105-106:193-221.
- 23 - Machado FL, Costa AF, Mauritti R, Martins SC, Casanova JL, Almeida JF. Classes sociais e estudantes universitários: Orígens, oportunidades e orientações. *Revista Crítica de Ciências Sociais* 2003;66:45-80.
- 24 - Roldão C. *Classes sociais e estratificação social: Algumas notas sobre o desenvolvimento da publicação científica portuguesa num domínio específico da Sociologia*. CIES e-Working Papers, N.º 68/2009.
- 25 - Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, et al. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science* 1992;21:946-52.
- 26 - Muntaner C, Eaton WW, Miech R, O'Campo P. Socioeconomic position and Major Mental Disorders. *Epidemiol Rev* 2004;36:53-62.
- 27 - Bartley M. *Health Inequalities – An Introduction to Concepts, Theories and Methods*. Cambridge: Polity Press; 2004.
- 28 - Blaxter M. *Health and Lifestyles*. London: Routledge; 1990.
- 29 - Siegrist J, Peter R, Cremer P, Seidel D. Chronic work stress is associated with atherogenic lipids and elevated fibrinogen in middle-aged men. *J Int Med* 1997;242:149-56.

- 30 - Hemingway H, Nicholson A, Stafford M, Roberts R, Marmot M. The Impact of Socioeconomic Status on Health Functioning as Assessed by the SF-36 Questionnaire: The Whitehall II Study. *Am J Public Health* 1997;87:1484-90.
- 31 - Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365:1099-104.
- 32 - Lynch JW, Kaplan GA, Cohen RD, Kauhanen J, Wilson TW, Smith NL, Salonen JT. Childhood and adult socioeconomic status as predictors of mortality in Finland. *Lancet* 1994;343:524-7.
- 33 - Bosma H, van de Mheen, HD, Mackenbach JP. Social class in childhood and general health in adulthood: questionnaire study of contribution of psychological attributes. *Br Med J* 1999;318:18-22.
- 34 - Vázquez-Barquero JL, Hérran A. Actas da Conferencia de Évora – Determinantes da Saúde na União Europeia; 2000.
- 35 - Patel V. Mental Helath in low- and middle-income countries. *Br Med Bull* 2007;81-82:81-96.
- 36 - Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Jenkins R, Meltzer H. Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. *Lancet* 1998; 352: 609-613.
- 37 - Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005;1:14.
- 38 - Kaplan GA, Shema SJ, Leite, ACM. Socioeconomic Determinants of Psychological Well-Being: The Role of Income, Income Change, and Income Sources During the Course of 29 Years. *Ann Epidemiol* 2008;18:531-7.
- 39 - Carter KN, Blakely T, Collings S, Gunasekara FI, Richardson K. What is the association between wealth and mental health? *J Epidemiol Community Health* 2009;63:221-6.
- 40 - Lorant V, Croux C, Weich S, Deliège D, Mackenbach J, Ansseau M. Depression and socio-economic risk-factors: 7-year longitudinal population study. *Br J Psychiatry* 2007;190:293-8.
- 41 - Skapinakis P, Weich S, Lewis G, Singleton N, Araya R. Socio-economic position and common mental disorders. *Br J Psychiatry* 2006;189:109-17.
- 42 - Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *Am J Epidemiol* 2003;157:98-112.
- 43 - Silver E, Mulvey EP, Swanson. Neighborhood structural characteristics and mental disorder: Faris and Dunham revisited. *Soc Sci Med* 2002;55:1457-70.
- 44 - Judd FK, Jackson HJ, Komiti A, Murray G, Hodgins G, Fraser C. High prevalence disorders in urban and rural communities. *Aust NZ J Psychiatry* 2001;36:104-13.
- 45 - Galea S, Ahern J, Nandi A, Tracy M, Beard J, Vlahov D. Urban Neighborhood Poverty and the Incidence of Depression in a Population-Based Cohort Study. *Ann Epidemiol* 2007;17:171-9.
- 46 - Kim D. Blues from the Neighborhood? Neighborhood Characteristics and Depression. *Epidemiol Rev* 2008;30: 101-17.
- 47 - Costa D. Desigualdades Socioeconómicas na Expressão de Sintomas Depressivos: Estudo Observacional numa Amostra Urbana. Porto: Dissertação de Mestrado em Temas de Psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto; 2010.

Correspondence:

Dr. Diogo Costa
Instituto de Saúde Pública da Universidade do
Porto
Rua das Taipas 135-139
4050-600 Porto

e-mail: dmcosta@med.up.pt